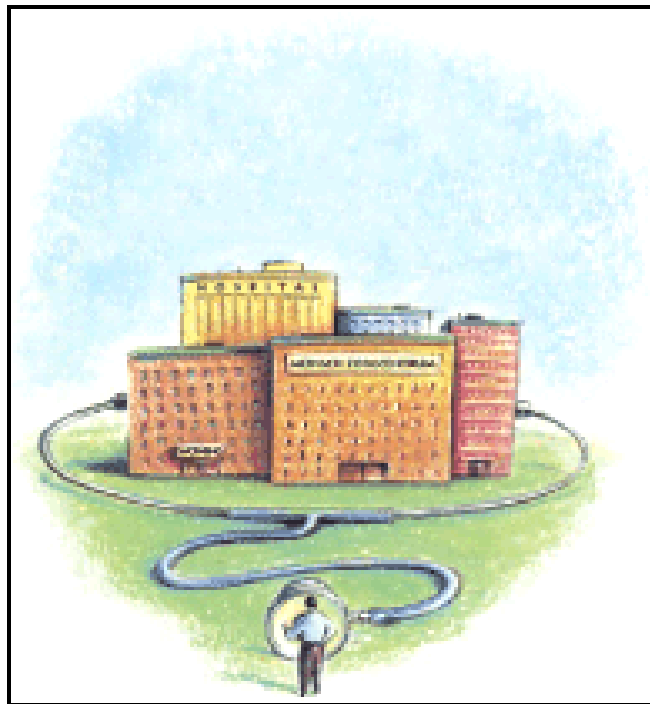


# Zorgvastgoedconcepten binnen de curatieve gezondheidszorg

*Een verkenning naar toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in de curatieve eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg.*



M.A.C. Borst

Masterthesis Vastgoedkunde

Rijksuniversiteit Groningen  
Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen

Adviesbureau Zorgvastgoed

## Colofon

Auteur : M.A.C. Borst

Studentnummer : 1631152

Universiteit : Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit : Ruimtelijke Wetenschappen

Master : Vastgoedkunde

Eerste begeleider : Prof. Dr. E.F. Nozeman

Tweede begeleider : Dr. H.J. Brouwer

Stagebedrijf : Adviesbureau Zorgvastgoed

Begeleiders : B. de Jong en C.P. Trimp



**rijksuniversiteit  
groningen**



adviesbureau zorgvastgoed

# Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, het afsluitende onderzoek van mijn studie Vastgoedkunde aan de Rijksuniversiteit Groningen, faculteit Ruimtelijke Wetenschappen. Het was niet altijd even makkelijk, maar ik kan toch met trots de thesis aan u voorleggen.

Graag wil ik via deze weg een aantal personen bedanken voor hun begeleiding en medewerking gedurende het schrijven van deze thesis. Allereerst wil ik alle respondenten bedanken voor hun tijd, inzet en interesse die zij beschikbaar hebben gesteld. De interviews heb ik als bijzonder, leuk en zeer interessant ervaren.

Mijn begeleider de heer Prof. Dr. E.F. Nozeman wil ik bedanken voor zijn opbouwende commentaar en voor de zinvolle en interessante aanvullingen die mijn thesis zonder meer hebben verbeterd en versterkt.

Mijn dank gaat ook uit naar mijn stagebegeleidster, mevrouw B. de Jong, voor haar begeleiding en advies. Zij wist mij op de juiste momenten te motiveren. Tevens wil ik de heer C.P. Trimp bedanken voor zijn ondersteuning.

Studiegenoot en vriendin A.E. Burgerhout wil ik bedanken voor het lezen en commentariëren van mijn masterthesis, maar ook voor de vele motiverende woorden.

Tenslotte wil ik mijn familie, vriend en vriendinnen bedanken die mij een belangrijke ondersteuning hebben geboden en door de soms lastige periodes hebben getrokken.

Macha Borst

Amsterdam, juli 2011.

## Samenvatting

De gezondheidszorg is in beweging. Door de gewijzigde wetgeving en zorgvraag wordt zorgvastgoed in een geheel nieuw kader geplaatst. Zorgaanbieders zullen een andere vastgoedvisie moeten ontwikkelen dat zich zal uiten in initiatieven voor nieuwe huisvestingsmogelijkheden. Dit onderzoek is een verkenning naar het ontstaan van mogelijke (nieuwe) zorgconcepten en daarmee de toekomstige huisvesting van de gezondheidszorg.

Het achtergrond- en theoretisch kader zijn getoetst aan de praktijk middels interviews, gerelateerd aan vier gestelde hypothesen waaruit de volgende conclusies zijn getrokken:

- De invoering van marktwerking zal er toe leiden dat het onderscheid naar zorgaanbieders groter wordt en zal door toenemende transparantie meer gebaseerd zijn op de kwaliteit. De mate van onderscheid is afhankelijk van de regio en zal in de tweedelijns meer zichtbaar zijn dan in de eerstelijns. Bovendien komen de behoeften van de patiënt steeds centraler te staan, er zal waarschijnlijk meer vanuit de vraag ontwikkeld worden;
- In de curatieve zorg zal samenwerking vermoedelijk intensiveren, zowel binnen de eerstelijns als de tweedelijns, maar ook tussen de lijnen. Daarnaast zullen samenwerkende zorgaanbieders zich steeds vaker huisvesten in één gebouw. Dit zal zich voordoen in de eerstelijns of bij samenwerking tussen de eerste en de tweedelijns, maar waarschijnlijk minder in de tweedelijns. De ruimtelijke spreiding van de zorg zal hierdoor veranderen;
- De ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben een veranderende ruimtebehoefte tot gevolg. In de eerstelijns zal de behoefte naar verwachting verschuiven door minder solopraktijken en meer groepspraktijken en gezondheidscentra, in de tweedelijns door minder ziekenhuizen en meer buitenpoliklinieken en ZBC's. De ontwikkeling van privéklinieken is echter enigszins onduidelijk. In de curatieve zorg is eerder sprake van herverdeling van de ruimte dan van groei of afname;
- Het toekomstig ontwerp en gebruik van zorgvastgoed zal waarschijnlijk veranderen. In de eerstelijns zal grootschaliger gebouwd worden en in de tweedelijns kleinschaliger. Een gebouw zou mee moeten kunnen bewegen met veranderende zorgconcepten, er zal daarom vermoedelijk meer aandacht zijn voor flexibel en multifunctioneel bouwen. Het specifieke karakter van zorgvastgoed zal hierdoor meer losgelaten worden.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt: *“Welke ontwikkelingen zijn er gaande in de curatieve eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg en welke (nieuwe) zorgconcepten zijn te verwachten binnen het Nederlands zorgstelsel en hoe wordt de haalbaarheid daarvan beoordeeld?”* en kan als volgt worden beantwoord.

Er zijn verscheidende ontwikkelingen gaande in de gezondheidszorg. Een belangrijke ontwikkeling is de komst van prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking. Dit heeft gevolgen voor de wijze van financiering van zorgvastgoed en vraagt om een andere benadering van het vastgoed. De demografische ontwikkelingen leiden tot een grotere vraag naar zorg. Er is verder sprake van een veranderende kijk op de gezondheidszorg, er is meer aandacht voor preventie. Een andere maatschappelijke ontwikkeling is dat de patiënt sneller en beter is geïnformeerd, keuzevrijheid wenst en een hoge kwaliteit van zorg verwacht.

Tevens kan de patiënt steeds vaker over de grens terecht voor zorg. De marktverhoudingen verschuiven tussen de actoren in de zorg: de zorgverzekeraars krijgen de regierol toebedeeld. Ook speelt de discussie over specialisatie en concentratie van zorg en is er een verschuiving zichtbaar van tweedelijnszorg naar de eerstelijns. Verder vindt er in de gezondheidszorg schaalvergroting plaats, maar er is ook sprake van schaalverkleining. Op de zorgmarkt ontstaat meer ruimte voor commerciële aanbieders. De medisch-technologische ontwikkelingen kunnen leiden tot een relatieve afname van de zorgvraag, maar ook tot een relatieve toename van de zorgvraag.

Binnen het Nederlands curatieve zorgstelsel zijn volgens de respondenten in dit onderzoek de volgende (nieuwe) zorgconcepten te verwachten:

- Anderhalfslijnsgezondheidscentra (of andere zorgconcepten in het overgangsgebied van de eerstelijns naar de tweedelijns);
- Zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken in allerlei tussenvormen;
- Zorgverzamelgebouwen (of andere multifunctionele zorgconcepten);
- Zorgconcepten in combinatie met derdelijnszorg;
- Zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen.

De kans op verwezenlijking van de (nieuwe) zorgconcepten is beoordeeld aan de hand van positieve of negatieve scores op een aantal onderscheiden criteria: wet- en regelgeving, bevolkingsontwikkeling, kwaliteitsverhoging, samenwerking tussen zorgaanbieders, de trend naar een gezonde leefstijl, medisch-technologische ontwikkelingen, huidig zorgaanbod, geschikte locaties en draagvlak. Uit de haalbaarheidsbeoordeling komt naar voren dat zorgconcepten in combinatie met de derdelijns de grootste kans op verwezenlijking hebben. Anderhalflijnsconcepten, zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken en zorgverzamelgebouwen hebben een enigszins minder grote kans. Zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen hebben de minst grote kans op verwezenlijking.

# Inhoudsopgave

## Voorwoord

## Samenvatting

### Hoofdstuk 1 Inleiding 9

1.1	Achtergrond en aanleiding	9
1.2	Probleemstelling en afbakening	10
1.3	Doelstelling	10
1.4	Vraagstelling	10
1.5	Conceptueel model	11
1.6	Methode van onderzoek	11
1.7	Begripsafbakening	12
1.8	Relevantie	13
1.8.1	Wetenschappelijke relevantie	13
1.8.2	Maatschappelijke relevantie	13
1.9	Leeswijzer	13

### Hoofdstuk 2 Het theoretisch kader 14

2.1	Inleiding	14
2.2	Neoklassieke locatietheorieën	14
2.2.1	De centrale plaatsentheorie van Christaller	14
2.2.2	Het ruimtelijke duopolieprincipe van Hotelling	14
2.2.3	Schaalvoordelen volgens Hoover	15
2.2.4	Factorsubstitutie volgens Moses	15
2.2.5	Kritiek neoklassieke locatietheorieën	15
2.2.6	De cumulatieve causatietheorie van Myrdal	16
2.2.7	Het vergelijkend winkelen volgens Nelson	16
2.2.8	De ruimtelijke interactietheorie van Reilly	16
2.3	Behaviorale locatietheorie	17
2.3.1	Kritiek behaviorale locatietheorie	17
2.4	De curatieve gezondheidszorg in relatie tot de locatietheorieën	17
2.4.1	Neoklassieke locatietheorieën	18
2.4.2	Locatietheorieën retail	18
2.4.3	Behaviorale locatietheorie	19
2.5	Conclusie	19

### Hoofdstuk 3 De curatieve gezondheidszorg 20

3.1	Inleiding	20
3.2	Wet- en regelgeving	20

3.2.1	Hervormingsfasen van Cutler	20
3.2.2	De WTZi	21
3.2.3	De gevolgen voor het zorgvastgoed	23
3.3	Demografische ontwikkelingen	25
3.4	Maatschappelijke ontwikkelingen	26
3.5	Marktontwikkelingen	26
3.6	Medisch-technologische ontwikkelingen	27
3.7	De toekomstige behoefte aan curatieve gezondheidszorg	28
3.7.1	De huidige vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg	28
3.7.2	De toekomstige vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg	29
3.7.3	De huidige vraag naar tweedelijnsgezondheidszorg	29
3.7.4	De toekomstige vraag naar tweedelijnsgezondheidszorg	30
3.8	Conclusie	31
<b>Hoofdstuk 4 Huidige curatieve zorgconcepten in Nederland</b>		<b>32</b>
4.1	Inleiding	32
4.2	Vastgoed in de cure	32
4.2.1	Het aantal m <sup>2</sup> zorgvastgoed in Nederland	32
4.2.2	Eerstelijnszorgaanbod	32
4.2.3	Tweedelijnszorgaanbod	34
4.3	De huidige curatieve zorgconcepten in Nederland	34
4.4	Conclusie	36
<b>Hoofdstuk 5 Curatieve zorgconcepten in Europa</b>		<b>37</b>
5.1	Inleiding	37
5.2	Overzicht Europese zorgstelsels en zorgconcepten	38
5.3	Conclusie	39
5.4	Hypothesen	41
<b>Hoofdstuk 6 Methodologie</b>		<b>42</b>
6.1	Inleiding	42
6.2	Onderzoeksstrategie	42
6.3	Onderzoeksopzet	42
6.4	Onderzoeksmethode	42
6.5	Het interview	43
6.6	Respondenten	44
6.7	Kwaliteit interview	45
6.7.1	Betrouwbaarheid	46
6.7.2	Geldigheid	46
6.8	Dataverwerkingsmethode	46

<b>Hoofdstuk 7 Resultaten empirisch onderzoek</b>	<b>47</b>
7.1 Inleiding	47
7.2 Aanvullingen op hoofdstuk 3	47
7.2.1 Wet- en regelgeving	47
7.2.2 Demografische ontwikkelingen	48
7.2.3 Maatschappelijke ontwikkelingen	48
7.2.4 Marktontwikkelingen	49
7.2.5 Medisch-technologische ontwikkelingen	50
7.2.6 Gevolgen ontwikkelingen voor de organisatie	50
7.2.7 Rangorde ontwikkelingen	50
7.2.8 Deelconclusie ontwikkelingen	51
7.3 Hypothese 1	51
7.3.1 Het onderscheid naar zorgaanbieders	51
7.3.2 Ontwikkeling vanuit de vraag	52
7.3.3 Deelconclusie hypothese 1	52
7.4 Hypothese 2	53
7.4.1 Samenwerking in de curatieve gezondheidszorg	54
7.4.2 Gezamenlijke huisvesting	54
7.4.3 Deelconclusie hypothese 2	55
7.5 Hypothese 3	56
7.5.1 Verwachting ontwikkeling huisartspraktijken	57
7.5.2 Verwachting ontwikkeling type huisartspraktijk	57
7.5.3 Verwachting ontwikkeling apotheken	57
7.5.4 Verwachting ontwikkeling eerstelijnsgezondheidscentra	57
7.5.5 Verwachting ontwikkeling ziekenhuizen en buitenpoliklinieken	58
7.5.6 Verwachting ontwikkeling type ziekenhuizen	58
7.5.7 Verwachting ontwikkeling ZBC's en privéklinieken	58
7.5.8 Deelconclusie hypothese 3	58
7.6 Hypothese 4	59
7.6.1 Toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in de curatieve gezondheidszorg	60
7.6.2 Ruimtelijke vertaling van (nieuwe) zorgconcepten	61
7.6.3 Herkomst initiatieven voor (nieuwe) zorgconcepten	62
7.6.4 Deelconclusie hypothese 4	62
7.7 Conclusie	63
<b>Hoofdstuk 8 Haalbaarheid toekomstige (nieuwe) zorgconcepten</b>	<b>65</b>
8.1 Inleiding	65
8.2 Criteria en wijze van beoordelen	65
8.3 Beoordeling haalbaarheid toekomstige (nieuwe) zorgconcepten	66
8.4 Gevoeligheidsanalyse	68
8.5 Conclusie	68



<b>Hoofdstuk 9 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>69</b>
9.1 Inleiding	69
9.2 Conclusies	69
9.3 Beantwoording vraagstelling	70
9.4 Aanbevelingen	73
9.5 Reflectie	74
Literatuurlijst	75
Bijlage 1: Toelichting keuze Europese landen	
Bijlage 2: Europese zorgstelsels en zorgconcepten	
Bijlage 3: EuroHealth Consumer Index 2009	
Bijlage 4: Vragenlijst interview	
Bijlage 5: Toelichting scores toekomstige (nieuwe) zorgconcepten	

# 1. Inleiding

## 1.1 Achtergrond en aanleiding

Na de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is het van overheidswege gereguleerde bouwregime voor de gezondheidszorg, een systeem van nacalculatie van bouwinvesteringen, verdwenen. Zorginstellingen hebben vanaf 1 januari 2006 zelf de verantwoordelijkheid voor investeringen in zorgvastgoed, met de bijbehorende kansen en risico's. Deze wetwijziging heeft grote gevolgen voor de wijze van financiering van zorgvastgoed (Kriek en Dooyeweerd, 2009). Zorginstellingen zullen hun kapitaallasten, de kosten voor rente en aflossing, terug moeten verdienen uit de verkoop van zorgproducten. Investeringen in zorgvastgoed zullen veel meer door rendement gedreven worden en zullen geoptimaliseerd worden op basis van de zorgvraag. Deze veranderingen vragen een geheel nieuwe kijk op het zorgvastgoed en een andere manier van omgaan met vastgoed (Rötscheid en Diepstraten, 2007). Het zorgvastgoed wordt een strategisch bedrijfsmiddel, een marketinginstrument en mogelijk een middel om winst (of verlies) mee te maken (Verweij en Bisschop, 2006). Bovengenoemde veranderingen hangen ook samen met de veranderingen in de gezondheidszorg zelf. De zorgvraag verandert, zowel kwantitatief als kwalitatief (ActiZ en College bouw zorginstellingen, 2007). De zorgvraag zal in de toekomst toenemen door de verwachte groei van de bevolking als door de dubbele vergrijzing (er komen meer ouderen, maar ouderen leven ook langer). Ook verandert de aard van de zorgvraag. Het aantal mensen met een chronische ziekte zal stijgen, zij vormen een belangrijk onderdeel van de patiëntenstroom (RVZ, 2001b). Daarnaast wordt de patiënt mondiger en beter geïnformeerd. De patiënt verwacht zorg die is afgestemd op zijn behoefte en kan zich door het Internet snel oriënteren op de beschikbare informatie. Dit leidt tot 'patient empowerment', de positie van de patiënt wordt versterkt (RVZ, 2001b). Verder zal door de invoering van de WTZi marktwerking ontstaan in de gezondheidszorg en zal er ruimte komen voor commerciële zorgaanbieders. Het aantal privéklinieken die verzekerde zorg leveren, de zogenoemde zelfstandige behandelcentra, groeit aanzienlijk. Hun aandeel in de markt voor medisch specialistische zorg bedraagt nu nog slechts 1 procent, maar als het huidig groeitempo doorzet, is dat in 2015 ruim 16 procent van de markt. De privéklinieken zullen dan serieuze concurrenten worden voor de reguliere ziekenhuizen (Piersma, 2009).

De betekenis van deze ontwikkelingen voor het zorgvastgoed is volgens ActiZ en het College bouw zorginstellingen (2007) goed te illustreren met een terugblik op de voorgeschiedenis. De specifieke bouw, een gebouw dat strak om het zorgconcept heen wordt gebouwd, levert problemen op als de zorgconcepten gaan veranderen. Deze gebouwen laten nauwelijks een ander zorgconcept toe en renovatie levert veelal een te laag resultaat op in prijs/kwaliteitsverhouding. Een gebouw zou daarom moeten mee kunnen bewegen met de maatschappelijke ontwikkelingen en de daaruit voortvloeiende nieuwe zorgconcepten. In de zorgsector zal er een omslag moeten worden gemaakt in het denken vanuit een door aanbod gestuurd naar een meer vraag gestuurd systeem. Dit betekent dat de overheid moet terugtreden en de verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieders, zorgvragers en verzekeraars moet komen te liggen (ActiZ en College bouw zorginstellingen, 2007).

Kortom, aanleiding voor het voorgenomen onderzoek is de veranderende markt voor zorgaanbieders als gevolg van onder andere de gewijzigde wetgeving en de veranderende zorgvraag. Deze ontwikkelingen plaatsen zorgvastgoed in een geheel nieuw kader, wat vraagt om een nieuwe benadering. Zorginstellingen zullen een andere vastgoedvisie moeten ontwikkelen. Centraal hierbij is de vraag welk(e) concept(en) past bij die gewijzigde vraag. De ontwikkelingen in de zorgsector hebben effect op de organisatie en bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Dit uit zich dan ook in initiatieven voor nieuwe huisvestingsmogelijkheden en het ontstaan van nieuwe zorgconcepten. De eerste tekenen van deze veranderingen in de zorgsector zijn al zichtbaar. Meer en meer zorgaanbieders gaan samenwerken. Volgens Hansen et al. (2010) werkt ruim 50 procent van de huisartsenpraktijken al samen met andere eerstelijnszorgverleners. Steeds vaker huisvesten huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten en psychiatrisch verpleegkundigen zich in één pand. Oftewel, de zorg is in beweging. Zorgaanbieders komen voor nieuwe uitdagingen te staan en hoe zij hier mee om zullen gaan is onduidelijk. Door de veranderingen in de gezondheidszorg ontstaat de vraag hoe de zorg er in de toekomst uit zal komen te zien. Een verkenning naar het ontstaan van mogelijke (nieuwe) zorgconcepten en daarmee de toekomstige huisvesting van de zorg is daarom gewenst.

Adviesbureau Zorgvastgoed (ABZV) is sinds 1984 adviseur op het gebied van zorg en vastgoed. ABZV adviseert vastgoedpartijen zoals ontwikkelaars en beleggers die projecten willen realiseren met zorg en andere maatschappelijke functies, maar bijvoorbeeld ook zorgpartijen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen bij vastgoedvraagstukken. ABZV heeft de eerste tekenen van de veranderingen in de zorgsector geconstateerd en vraagt zich daarom af waar de ontwikkelingen in de zorgsector naar zullen leiden en wil de markt beter begrijpen om in te kunnen spelen op de toekomstige zorgvastgoedmarkt en haar werkzaamheden te kunnen optimaliseren. Dit onderzoek kan daarop een antwoord geven.

## **1.2 Probleemstelling en afbakening**

De probleemstelling van dit onderzoek luidt als volgt: het is onduidelijk welke gevolgen de komende ontwikkelingen in de gezondheidszorg zullen hebben voor de huisvesting van de zorg. De probleemstelling geeft een breed onderzoeksgebied aan. Daarom heeft afbakening van het onderzoek plaatsgevonden. Het onderzoek zal zich alleen richten op de curatieve gezondheidszorg en dan met name op de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg.

## **1.3 Doelstelling**

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van beter inzicht in mogelijke toekomstige huisvestingsconcepten voor de curatieve eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg.

## **1.4 Vraagstelling**

De hoofdvraag van het onderzoek is als volgt geformuleerd:

*“Welke ontwikkelingen zijn er gaande in de curatieve eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg en welke (nieuwe) zorgconcepten zijn te verwachten binnen het Nederlands zorgstelsel en hoe wordt de haalbaarheid daarvan beoordeeld?”*

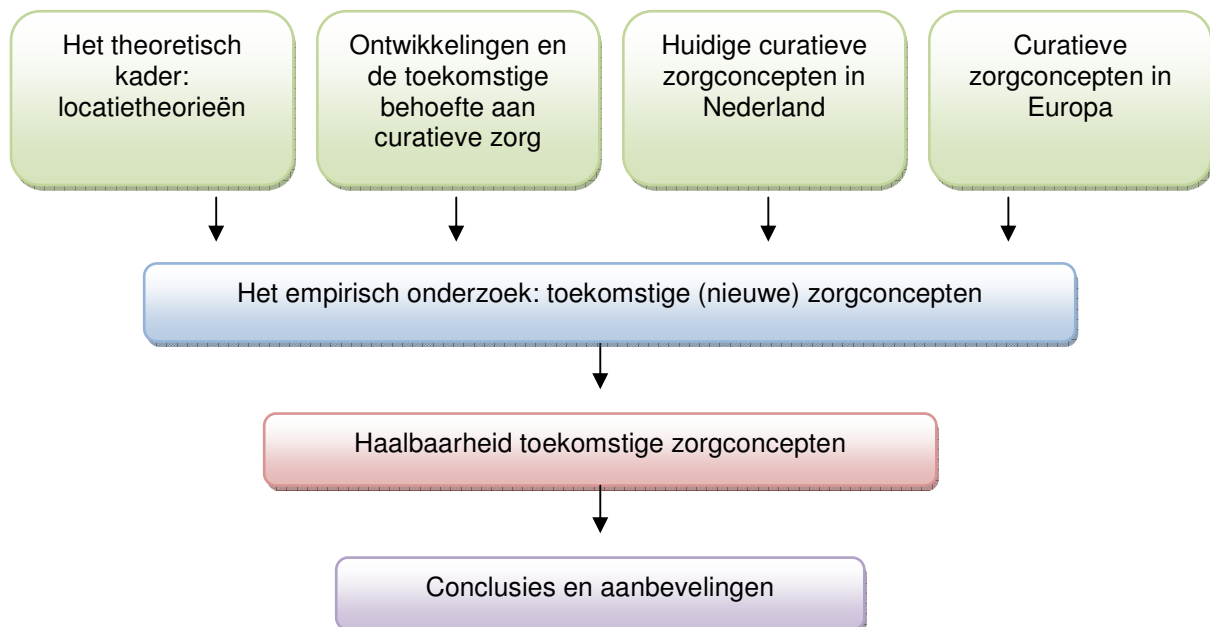
De hoofdvraag zal beantwoord worden door de volgende deelvragen aan de orde te stellen:

1. Welke kernelementen van locatietheorieën komen in de curatieve gezondheidszorg aan de orde?
2. Welke ontwikkelingen zijn zichtbaar in de curatieve gezondheidszorg en hoe ziet de toekomstige behoefte aan curatieve gezondheidszorg eruit?
3. Welke huidige zorgconcepten zijn er in de curatieve gezondheidszorg te onderscheiden?
4. Welke toegepaste curatieve zorgconcepten in andere Europese landen bieden interessante kansen voor toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in Nederland?
5. Welke toekomstige (nieuwe) zorgconcepten zijn er te verwachten in de curatieve gezondheidszorg en wat is de ruimtelijke vertaling daarvan?
6. In hoeverre komen de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten overeen met de kernelementen van de bestaande locatietheorieën of wijken zij daarvan af en zo ja, in welk opzicht?
7. Wat is de haalbaarheid van de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in de curatieve gezondheidszorg?

### 1.5 Conceptueel model

In een conceptueel model worden de variabelen weergegeven die naar verwachting relevant zijn in het onderzoek om aan de doelstelling van het onderzoek te voldoen en om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag. In onderstaand figuur is het conceptueel model voor dit onderzoek weergegeven.

Figuur 1.1: Conceptueel model



### 1.6 Methode van onderzoek

De hoofdvraag van dit onderzoek zal worden beantwoord door middel van literatuurstudie gecombineerd met empirisch onderzoek. In de literatuurstudie zullen relevante boeken, publicaties en artikelen uit vaktijdschriften op het gebied van vastgoed en zorg worden

geraadpleegd. Op deze wijze zal een goed beeld worden verkregen van de reeds verschenen literatuur over dit onderwerp. Het empirisch onderzoek wordt door middel van interviews uitgevoerd. Het interview is de aangewezen methode van onderzoek als informatie vergaard moet worden die niet op andere wijze voorhanden is en wanneer het om kennis, houdingen, attitudes of opinies gaat (Baarda en De Goede, 2006). Er zal een brede discussie gevoerd kunnen worden met de belangrijke spelers op de zorgvastgoedmarkt. Door middel van interviews zal een beeld kunnen worden geschetst van de toekomstige huisvestingsconcepten in de curatieve gezondheidszorg.

Dit onderzoek betreft een verkennend onderzoek. Bij een verkennend onderzoek is er vaak geen tot beperkt onderzoek gedaan naar het onderwerp. Er kan daarom alleen op basis van de theorie en literatuur slechts beperkt hypothesen gesteld worden. Een verkennend onderzoek is gericht op de ontwikkeling van een theorie en/of scherpe(re) formulering van hypothesen en geeft antwoord op open samenhang- of verschilvragen. Het onderzoeksmateriaal in een verkennend onderzoek spreekt voor zichzelf en de onderzoeker moet "eruit halen wat erin zit" (Baarda en De Goede, 2006). Dit onderzoek vormt een eerste verkenning van toekomstige (nieuwe) huisvestingsconcepten in de curatieve gezondheidszorg. Er zal gezocht worden naar bestaande vermoedens. Het empirisch onderzoek is kwalitatief van aard. Relevante informatie wordt achterhaald door middel van interviews.

## **1.7 Begripsafbakening**

In dit onderzoek worden een aantal begrippen gehanteerd. Deze begrippen zullen achtereenvolgens worden omschreven, zodat verkeerde interpretaties van de gehanteerde begrippen kunnen worden voorkomen.

### *Curatieve gezondheidszorg*

De gezondheidszorg is naar twee sectoren in te delen: cure en care. Cure is alle zorg gericht op genezing en herstel. Care duidt op verpleging, begeleiding, ondersteuning en verzorging. Dit onderzoek zal zich alleen richten op de curesector. Daarbij moet gedacht worden aan medische zorg, revalidatie en kortdurende verpleging en verzorging. De curatieve gezondheidszorg omvat bijvoorbeeld het ziekenhuis en de huisarts (RVZ, 2001a).

### *Eerstelijnsgezondheidszorg*

De eerstelijnsgezondheidszorg is alle zorg die direct toegankelijk is voor de patiënt. Het is het eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben, zoals huisartsen, apotheken, tandartsen, thuiszorg en fysiotherapie (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2010).

### *Tweedelijnsgezondheidszorg*

De tweedelijnsgezondheidszorg is zorg waar een verwijzing van een arts voor nodig is. Hierbij moet gedacht worden aan medisch specialisten, zoals orthodontisten en pedagogen (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2010).

### *Zorgvastgoed*

Zorgvastgoed is de aanduiding die wordt gegeven aan het vastgoed van zorginstellingen. Uit de bestaande literatuur is echter geen duidelijke definitie van zorgvastgoed op te maken. Er

zal daarom een eigen definitie worden gehanteerd, namelijk: *“Zorgvastgoed is de fysieke huisvesting van zorgverlenende organisaties en instellingen. Het verlenen van zorg is het uitgangspunt, het vastgoed is hierop aangepast.”*

### *Zorgconcept*

Ook voor het begrip zorgconcept is er in de bestaande literatuur geen duidelijke definitie omschreven. Een eigen geformuleerde definitie luidt daarom als volgt: *“Een zorgconcept is een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders al dan niet in een fysieke omgeving met als doel interactie te bevorderen en elkaar te versterken. Op de lange termijn zal synergie kunnen ontstaan.”*

## **1.8 Relevantie**

### **1.8.1 Wetenschappelijke relevantie**

Zorgvastgoed is een relatief nieuw begrip in Nederland. De belangstelling voor zorgvastgoed is de afgelopen jaren sterk toegenomen. In vakbladen wordt veel geschreven over de gevolgen van de gewijzigde wetgeving voor het bestaande zorgvastgoed en hoe zorginstellingen een vastgoedstrategie zullen moeten ontwikkelen. Het wetenschappelijk onderzoek is voornamelijk gericht geweest op de waardering van zorgvastgoed en de aantrekkelijkheid van zorgvastgoed voor beleggers. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de gevolgen van de ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg voor de huisvesting van de curatieve zorg. Met dit onderzoek zal worden bijgedragen aan de wetenschappelijke, dat wil zeggen systematische, kennis over de toekomstige huisvesting van de curatieve zorg.

### **1.8.2 Maatschappelijke relevantie**

Zorgvastgoed heeft een maatschappelijke betekenis. De gezondheidszorg is namelijk veelal afhankelijk van haar vastgoed om zorg te kunnen verlenen. De ontwikkelingen in de zorgsector brengen grote veranderingen met zich mee. Door het inzichtelijk maken van deze ontwikkelingen zal de markt beter begrepen kunnen worden. Een visie op de toekomstige huisvesting van de curatieve zorg is voor ABZV van belang om in te kunnen spelen op de toekomstige zorgvastgoedmarkt.

## **1.9 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 zal het theoretisch kader worden beschreven. Er zal worden ingegaan op verscheidende locatietheorieën en de toepasbaarheid op de curatieve gezondheidszorg. In hoofdstuk 3 zullen de recente ontwikkelingen in de curatieve gezondheidszorg uiteen worden gezet en zal de toekomstige behoefte aan curatieve zorg in kaart worden gebracht. De huidige curatieve zorgconcepten in Nederland worden in hoofdstuk 4 beschreven waarna in hoofdstuk 5 gekeken zal worden naar curatieve zorgconcepten in andere Europese landen. In hoofdstuk 6 volgt de methodologie van dit onderzoek. In hoofdstuk 7 wordt middels interviews achterhaald welke toekomstige (nieuwe) zorgconcepten te verwachten zijn. Vervolgens zal in hoofdstuk 8 de haalbaarheid van deze toekomstige concepten worden beoordeeld. In hoofdstuk 9 volgen de conclusies, de beantwoording van de hoofdvraag, aanbevelingen voor vervolgonderzoek en een reflectie op het onderzoek.

## 2. Het theoretisch kader

### 2.1 Inleiding

Om een beeld te kunnen vormen hoe de ruimtelijke spreiding van de curatieve gezondheidszorg in Nederland is bepaald, zullen in het theoretisch kader verscheidende locatietheorieën worden besproken. Er zal antwoord worden gegeven op de eerste deelvraag: *“Welke kernelementen van locatietheorieën komen in de curatieve gezondheidszorg aan de orde?”*. Een locatietheorie bestaat uit een geheel van samenhangende uitspraken die een verklaring geven van de vestigingsplaatskeuze van bedrijven of waarom bedrijven bepaalde activiteiten wel op plaats A en niet op plaats B uitoefenen (Atzema et al., 2002). De klassieke locatietheorieën zullen niet behandeld worden, omdat deze niet toepasbaar zijn op de curatieve gezondheidszorg. De theorie van Von Thünen is gebaseerd op agrarisch grondgebruik en Weber richt zich op de vestigingsplaatskeuze van industriële bedrijven. De neoklassieke locatietheorie (paragraaf 2.2) en de behaviorale locatietheorie (paragraaf 2.3) zullen globaal, maar wel kritisch, behandeld worden. Vervolgens zal in paragraaf 2.4 de praktische toepasbaarheid van deze theorieën voor de Nederlandse gezondheidszorg worden besproken. De conclusie volgt in paragraaf 2.5.

### 2.2 Neoklassieke locatietheorieën

#### 2.2.1 De centrale plaatsentheorie van Christaller

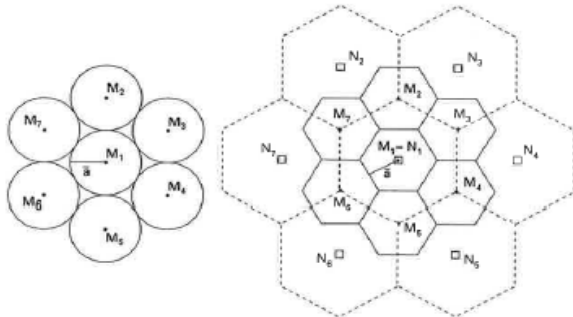
In de centrale plaatsentheorie van Christaller (1966) gaat het om de relatie tussen de marktfunctie van plaatsen en het ruimtelijk patroon van nederzettingen (dorpen, steden). In deze theorie staat niet de productie meer centraal, maar de consumptie. *“Het patroon van centrale plaatsen is de uitkomst van bewuste locatiekeuzes van dienstverlenende of op de consumentgerichte bedrijven”* (Atzema et al., 2002 pag. 70). Christaller veronderstelt een hiërarchie van centrale plaatsen. De gedachte is dat na het passeren van enkele kleine dorpen met een beperkt aantal voorzieningen er al snel een grotere plaats volgt met meer (gespecialiseerde) voorzieningen. Bij grotere plaatsen is sprake van een centrale plaats van een hogere orde. De markt van elke voorziening wordt bepaald door de drempelwaarde en de reikwijdte die zich ruimtelijk manifesteren in de vorm van concentrische cirkels rondom de voorziening (zie figuur 2.1). Christaller geeft dus het verband aan tussen het aantal en de omvang van centrale plaatsen. Verder blijkt uit de theorie dat de vestigingsplaats van bedrijven samenhangt met hun specialisatiegraad. Een gespecialiseerde winkel zal eerder aangetroffen worden in de grote stad en niet in een klein dorp (Atzema et al., 2002).

#### 2.2.2 Het ruimtelijke duopolieprincipe van Hotelling

In de theorie van Hotelling (1929) houden ondernemers rekening met het ruimtelijke gedrag van hun concurrenten. Bij de vestigingsplaatskeuze letten zij op wat de concurrent doet. Hotelling hanteert de marktform duopolie. Elke ondernemer zal in eerste instantie proberen de beste locatie te bemachtigen, maar uiteindelijk komen de ondernemers toch weer bij elkaar (zie figuur 2.2). Wanneer dit gebeurt dan spreekt men van agglomereren, het samenkomen van economische activiteiten. Het gaat bij de theorie van Hotelling niet om het reduceren van de kosten, maar om het verwerven van een goede positie op de markt

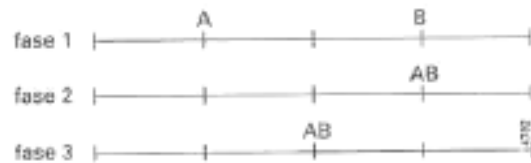
(Atzema et al., 2002). Clustering leidt door de nabijheid van meerdere aanbieders tot een groter marktaandeel per ondernemer.

Figuur 2.1: Marktgebieden rondom centrale plaatsen



Bron: Atzema et al., 2002.

Figuur 2.2: Het ruimtelijk duopolieprincipe van Hotelling



Bron: Atzema et al., 2002.

### 2.2.3 Schaalvoordelen volgens Hoover

Hoover richtte zich op interne schaalvoordelen in samenhang met het ruimtelijk uitbreiden van de markt. Interne schaalvoordelen hebben betrekking op de relatie tussen productiekosten per eenheid product en de omvang van de productie. Als de productie toeneemt, zullen de kosten per eenheid afnemen. Wanneer een bedrijf zijn marktgebied wil uitbreiden zal dat gepaard gaan met hogere transportkosten. Alleen wanneer de hogere transportkosten kunnen worden gecompenseerd door lagere productiekosten is markuitbreiding aantrekkelijk. Dit is mogelijk aangezien uitbreiding van het marktgebied een verhoging van de afzet tot gevolg heeft, zodat er dus meer en goedkoper geproduceerd kan worden (Atzema et al., 2002). De benadering van Hoover stelt dat de vestigingsplaatskeuze van een bedrijf wordt beïnvloed door interne schaalvoordelen.

### 2.2.4 Factorsubstitutie volgens Moses

Moses heeft factorsubstitutie, de vervanging van een productiefactor door een andere productiefactor in het productieproces, toegevoegd aan de locatietheorie. *“Wanneer men hier rekening mee houdt, dan komt men tot de conclusie dat de optimale locatie weliswaar nog steeds bepaald wordt door de combinatie van inputs aan productiefactoren, maar dat deze combinatie mede afhankelijk is van de omvang van het gebruik van deze productiefactoren”* (Atzema et al., 2002 pag. 81). Moses stelt dat ruimtelijke verschillen in de relatieve prijs van de productiefactoren invloed uitoefenen op de vestigingsplaatskeuze van bedrijven. Afhankelijk van de relatieve prijs en de gebruikte hoeveelheden zal vestiging bij de markt of bij de grondstof kostenvoordelen kunnen opleveren. Iedere productieomvang heeft daarom een eigen optimale combinatie van inputfactoren en daardoor ook zijn eigen ideale vestigingsplaats (Atzema et al., 2002).

### 2.2.5 Kritiek neoklassieke locatietheorieën

De voornaamste kritiek op de neoklassieke locatietheorieën is de aanname van een isotrope ruimte. De theorie geeft niet de exacte werkelijkheid weer, want er zijn wel degelijk verschillen in klimaat, natuurlijke barrières, de vruchtbaarheid van de bodem et cetera. Door deze verschillen bestaan de modellen in werkelijkheid niet uit concentrische cirkels, de



continuïteit van de cirkels wordt bijvoorbeeld vaak doorbroken door middel van meerdere mogelijke afzetmarkten binnen het geheel. Ook kan een goed wegennet ervoor zorgen dat een gebied makkelijker toegankelijk wordt gemaakt, hierdoor kan men ervoor kiezen om andere producten te verbouwen of produceren. Toch blijft het basisprincipe van de modellen echter geldig. In de neoklassieke locatietheorie is ruimte een parameter, die in de modellen als een constante wordt beschouwd. Ook wordt er uitgegaan van de zogenoemde 'economic man', een volledig geïnformeerde en rationeel handelende ondernemer. In werkelijkheid is dit niet mogelijk. Een ondernemer kan niet over alle relevantie informatie beschikken met betrekking tot de productiefactoren en marktomstandigheden en deze op een rationele manier benutten. De neoklassieke locatietheorie heeft een sterk normatieve inslag. Er wordt niet gekeken naar hoe ondernemers zich daadwerkelijk gedragen.

Atzema et al. (2002) betwijfeld verder dat het principe van concentratie van centrale functies in centrale plaatsen met een ommeland nog wel opgaat. Veel voorzieningen beslaan namelijk een veel groter gebied dan de omgeving van een stad. En bovendien, zo stelt Atzema et al. (2002), wordt de stedelijke concentratie van voorzieningen meer veroorzaakt door agglomeratievoordelen.

Naast de neoklassieke locatietheorie zijn er ook locatietheorieën die betrekking hebben op de retail. In de volgende paragrafen zullen deze theorieën worden toegelicht.

### **2.2.6 De cumulatieve causatietheorie van Myrdal**

In de theorie van Myrdal wordt de concentratie van economische activiteiten verklaard door de koppeling van gunstige productieomstandigheden aan de economische ontwikkeling van gebieden (Atzema et al., 2002). Bolt (2003) stelt dat het de wens is van bedrijven om zich nabij elkaar te vestigen, omdat bedrijven op de beste locaties de grootste schaalvoordelen kunnen behalen. Deze bij elkaar gevestigde bedrijven werken als een soort magneet die met elk nieuw gevestigd bedrijf sterker wordt. De cumulatieve causatie veroorzaakt een zichzelf versterkende groei van economische activiteiten, welvaart en mensen.

### **2.2.7 Het vergelijkend winkelen volgens Nelson**

Volgens Nelson doet de consument aan 'vergelijkend winkelen'. Tijdens het winkelen worden producten met elkaar vergeleken op basis van soort, kwaliteit, vormgeving, kleurstelling en prijs. Het winkelen gaat gepaard met een persoonlijke betrokkenheid en een hoge gevoelswaarde bij de keuze van de producten. Men spreekt in zulke gevallen over egoboeiende goederen zoals bijvoorbeeld modeartikelen (kleding, schoeisel en accessoires). De wil van de consument om producten te vergelijken leidt tot clustering van bedrijven met ongeveer hetzelfde soort assortiment (Bolt, 2003). Consumenten weten daarbij de concentratie van deze bedrijven op waarde te schatten. Dit noemt Nelson cumulatieve attractie. In tegenstelling tot wat Christaller beweert, bezoekt de consument niet altijd de best bereikbare locatie. Voor een concentratie van gelijksoortige winkels is volgens Nelson de consument bereid verder te reizen. Een combinatie van goede bereikbaarheid en een concentratie van winkels met een breed assortiment verdient de voorkeur.

### **2.2.8 De ruimtelijke interactietheorie van Reilly**

De theorie van Reilly gaat verder in op het gedrag van consumenten om te bepalen bij welk winkelcentrum zij hun bestedingen zullen doen. De gedachte is dat consumenten zich bij de

keuze waar zij hun producten kopen niet alleen laten leiden door de afstand, maar dat ook de grootte en attractiviteit van een winkelcentrum een belangrijke rol spelen (Bolt, 2003). Reilly gaat er ook, in tegenstelling tot Christaller, vanuit dat consumenten niet per se het meest dichtstbijzijnde winkelcentrum kiezen, maar kiezen voor een aantrekkelijk winkelcentrum, dus eventueel ook op grotere afstand.

### **2.3 Behaviorale locatietheorie**

In tegenstelling tot de neoklassieke benadering, waarin wordt uitgegaan van maximale winsten, kunnen ondernemers zich in hun vestigingsplaatskeuzegedrag ook laten leiden door sociale relaties, normen en waarden etcetera. De behaviorale locatietheorie heeft meer aandacht voor het keuzeproces en voor de persoonlijke motieven en gedragingen. Simon (1960) introduceerde het begrip 'bounded rationality', waarmee hij bedoelde dat ondernemers en consumenten conflicterende belangen, een gelimiteerde hoeveelheid kennis en een gelimiteerde controle over de omgeving een irrationele perceptie en gedrag tot gevolg hebben. Drie begrippen vervullen een centrale rol, te weten:

- Ruimtelijke cognitie, de kennis over ruimtelijke eenheden (regio's, landen) en over potentiële vestigingsplaatsen;
- Mental maps, het beeld dat een bepaalde plaats of regio bij een persoon oproept;
- Regionale imago's, een subjectieve interpretatie van de objectieve werkelijkheid.

Deze laatste twee begrippen hebben volgens Atzema et al. (2002) een grote invloed op de vestigingsplaatskeuze van bedrijven. In deze keuze speelt als eerste het plaatsnut, voldoet de huidige plaats nog aan de optimale vestigingsvoorwaarden, een belangrijke rol. Daarnaast worden beslissingen genomen op basis van perceptie, veelal subjectief, omdat geen enkele onderneming volledig is geïnformeerd. Informatie die een onderneming krijgt is selectief en informatie wordt op verschillende manieren geïnterpreteerd. Pred (1967) heeft dit uitgewerkt in zijn behaviorale matrix. Hij tracht de vestigingsplaatskeuze van bedrijven te kwalificeren door twee variabelen tegen elkaar af te zetten, de hoeveelheid verzamelde informatie en het vermogen om deze informatie te gebruiken (Atzema et al., 2002). Voor de locatietheorie betekent dat de ondernemer slechts een beperkt aantal locaties als mogelijke vestigingsplaats in ogenschouw neemt. In de behaviorale benadering worden oftewel rationale keuzen gemaakt binnen de mogelijkheden en het aspiratieniveau en op basis van aanwezige kennis en gekleurde informatie.

#### **2.3.1 Kritiek behaviorale locatietheorie**

Volgens Atzema et al. (2002) is één van de belangrijkste kritiekpunten op de behaviorale locatietheorie dat de benadering veel beschrijvende studies, maar slechts weinig verklaringen heeft opgeleverd. Een ander punt van kritiek is dat de betekenis van het aspect locationele interdependentie, ook in de vorm van bijvoorbeeld clusters van bedrijven, onderbelicht blijft (Atzema et al., 2002).

### **2.4 De curatieve gezondheidszorg in relatie tot de locatietheorieën**

In de voorgaande paragrafen zijn de verscheidende locatietheorieën beschreven. Voor dit onderzoek is de praktische toepasbaarheid van deze theorieën voor de Nederlandse curatieve gezondheidszorg van belang.

### **2.4.1 Neoklassieke locatietheorieën**

De neoklassieke locatietheorieën van Christaller en Hotelling zijn beter toepasbaar, omdat zij zich richten op de dienstensector waar ook de curatieve gezondheidszorg toe behoort. Toch gelden de uitgangspunten van een isotrope ruimte en de economic man in de theorie van Christaller niet voor de curatieve gezondheidszorg, omdat deze aannames de werkelijkheid niet weergeven. De aanname van Christaller dat iedereen hetzelfde inkomen heeft is beter toepasbaar. In Nederland is namelijk iedereen verplicht verzekerd voor de gezondheidszorg. Het inkomen is daarom minder van belang voor de vraag naar zorg. Hiernaast gaat Christaller ervan uit dat iedereen identieke consumptiepreferenties heeft. Wanneer men ziek is en zorg nodig heeft, gaat men naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder, zo blijkt uit de praktijk (Cuppen, 2007). Cuppen (2007) veronderstelt dat er door de patiënt geen duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen zorgaanbieders. Toch is de afstand tot een zorgaanbieder en de kwaliteit van de zorg op zekere hoogte wel van belang. Door het ontstaan van marktwerking in de zorg en het steeds mondiger en kritischer worden van de patiënt zal het onderscheid naar zorgaanbieders wellicht groter worden. Echter, gezien de rol en de contractuele bevoegdheid van de zorgverzekeraar in Nederland kan dat leiden tot beperking van de keuzevrijheid van de verzekerde. Hoewel het onderscheid naar zorgaanbieders kan gaan ontstaan, is er volgens Cuppen (2007) slechts in beperkte mate sprake van concurrentie tussen zorgaanbieders doordat er in de curatieve gezondheidszorg in principe een maximum aantal patiënten wordt gehanteerd. Cuppen (2007) stelt dat wanneer door groei het maximum aantal patiënten wordt bereikt er een uitbreiding plaats zal vinden van het aantal zorgaanbieders. In Nederland is dit met name zichtbaar in de eerstelijnsgezondheidszorg, de zorgaanbieders zijn gelijkmatig landelijk verspreid.

Het voornaamste uit de theorie van Hotelling is het agglomeratie-effect. Dit is ook zichtbaar in de curatieve gezondheidszorg. Daar waar de zorg voorheen ruimtelijk gespreid en op elkaar afgestemd is, ontstaan steeds meer groepspraktijken en gezondheidscentra waar zorgaanbieders samenwerken.

De neoklassieke theorieën van Hoover en Moses zijn minder toepasbaar, omdat zij zich toeleggen op goederenproductie.

### **2.4.2 Locatietheorieën retail**

De theorieën van Myrdal, Nelson en Reilly zijn wel interessant voor de curatieve gezondheidszorg. Myrdal noemt cumulatieve causatie, dit is ook waarneembaar in de curatieve gezondheidszorg. Bij het ontstaan van gezondheidscentra is de huisarts vaak de trekker voor andere zorgaanbieders. Apothekers en fysiotherapeuten geven veelal aan dat zij zich willen vestigen in een gezondheidscentrum als er ook een huisarts komt (Van de Rijdt-Van de Ven, 2003). In de theorie van Nelson staat de cumulatie van attractie centraal, de consument doet aan vergelijkend winkelen. Ook in de curatieve gezondheidszorg is er in zekere zin sprake van onderscheid naar zorgaanbieders. Patiënten kunnen afhankelijk van hun zorgverzekeraar in principe kiezen naar welke zorgaanbieder zij gaan. Door de komst van marktwerking in de gezondheidszorg zal het onderscheid naar zorgaanbieders waarschijnlijk groter worden. Er zal sprake zijn van meer differentiatie en keuze door meer beschikbare informatie over de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders waar in het verleden minder sprake van was. Reilly stelt dat consumenten zich niet alleen laten leiden

door de afstand tot de zorgaanbieder. Doordat de kwaliteit van de zorg en de eisen van de patiënt waarschijnlijk een grotere rol gaan spelen, kiezen patiënten niet per se voor de dichtstbijzijnde zorgaanbieder, maar kiezen zij bijvoorbeeld voor een zorgaanbieder gevestigd in een gezondheidscentrum waar meer zorg onder één dak wordt aangeboden, en eventueel dus op een grotere afstand. De locatietheorieën van Nelson en Reilly zullen beter toepasbaar zijn op de curatieve gezondheidszorg wanneer de verwachte veranderingen in de zorgsector zich daadwerkelijk voor zullen doen.

### 2.4.3 Behaviorale locatietheorie

De behaviorale benadering geeft geen duidelijke verklaring voor de vestigingsplaatskeuze van bedrijven. De locatietheorie is daarom minder goed toepasbaar om de ruimtelijke spreiding van de curatieve gezondheidszorg in Nederland te bepalen. Wel kan gesteld worden dat ook zorgaanbieders onderhevig zijn aan beperkte informatie en dat zij wellicht tot minder optimale locatiebeslissingen komen.

## 2.5 Conclusie

Door de analyse van de verscheidende locatietheorieën kan de conclusie worden getrokken dat elementen uit de locatietheorieën van Christaller, Hotelling en Myrdal toepasbaar zijn op de Nederlandse curatieve gezondheidszorg. Hiermee is antwoord gegeven op de eerste deelvraag: *“Welke kernelementen van de locatietheorieën komen in de curatieve gezondheidszorg aan de orde?”*.

- Christaller: het voornaamste uit de theorie van Christaller is de aanname dat iedereen *hetzelfde inkomen en identieke consumptiepreferenties* heeft. Het inkomen is minder van belang naar de vraag naar zorg en wanneer iemand ziek is heeft hij/zij zorg nodig. Echter, deze veronderstelling gaat niet geheel op in de huidige consumptiemaatschappij waar mensen een grote variatie aan leefstijlen hebben en er een grote diversiteit aan behoeften bestaat (Atzema et al., 2002). Uit onderzoek blijkt ook dat hoogopgeleiden respectievelijk hogere inkomens minder gebruik maken van de gezondheidszorg dan laagopgeleiden (De Bakker et al., 2005). Daarnaast zijn er zorgaanbieders die zich richten op nichemarkten. Privéklinieken zijn sterk gericht op de hogere inkomens, omdat de basisverzekering en/of zorgverzekeraar dergelijke behandelingen vaak niet vergoeden. Deze nieuwe ontwikkelingen gaan juist in tegen de theorie van Christaller;
- Hotelling: uit de theorie van Hotelling is *het agglomeratie-effect* van belang. Zorgaanbieders in de curatieve gezondheidszorg werken steeds vaker samen in een groepspraktijk of een gezondheidscentrum;
- Myrdal: *de cumulatieve causatie* van Myrdal is duidelijk zichtbaar in de curatieve gezondheidszorg. Het ontstaan van gezondheidscentra vindt veelal plaats rondom een huisarts.

Er kan gesteld worden dat deze kernelementen in principe geldig zijn voor de curatieve gezondheidszorg. Door veranderingen in de vraag en het aanbod van zorg is het de vraag of deze elementen hun geldigheid behouden of dat zij hun validiteit verliezen. In hoofdstuk 5 zal hierop terug worden gekomen in de vorm van hypothesen over het succes van huidige en toekomstige zorgconcepten. In het volgende hoofdstuk zal eerst ingegaan worden op de ontwikkelingen in de curatieve gezondheidszorg en de toekomstige behoefte aan zorg.

## **3. De curatieve gezondheidszorg**

### **3.1 Inleiding**

De veranderingen in de gezondheidszorg zijn omvangrijk en hebben ingrijpende gevolgen. In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de tweede deelvraag: *“Welke ontwikkelingen zijn zichtbaar in de curatieve gezondheidszorg en hoe ziet de toekomstige behoefte aan curatieve gezondheidszorg eruit?”*. Het is van belang de ontwikkelingen te beschrijven om te kunnen bepalen welke toekomstige zorgconcepten te verwachten zijn, aangezien deze ontwikkelingen de vraag naar en het aanbod van zorg beïnvloeden. Allereerst worden in paragraaf 3.2 de ontwikkelingen rondom de wet- en regelgeving behandeld, zoals het gewijzigde financieringssysteem. Ook zal in worden gegaan op de demografische (par. 3.3), maatschappelijke (par. 3.4), markt- (par. 3.5) en technologische ontwikkelingen (par. 3.6) die invloed hebben op de curatieve gezondheidszorg. Vervolgens zal in paragraaf 3.7 de toekomstige behoefte aan curatieve gezondheidszorg bepaald worden.

### **3.2 Wet- en regelgeving**

De Nederlandse gezondheidszorg wordt hervormd. Met de nota ‘Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg’ maakte toenmalig minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn voornemen bekend om in de gezondheidszorg prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking te introduceren. De achterliggende gedachte is dat een aanbod gestuurd systeem waarbij de overheid de omvang en de prijs van de zorg bepaalt, niet meer voldoet aan de behoeften en wensen van de patiënten en cliënten (VWS, 2005).

#### **3.2.1 Hervormingsfasen van Cutler**

De overgang naar meer marktwerking in de zorg sluit aan bij een internationale trend (Voordt, 2005). In een studie naar de ontwikkeling van zorgstelsels in de zeven belangrijkste OECD-landen onderscheidt Cutler (2002) drie opeenvolgende hervormingsfasen:

1. In de eerste hervormingsfase staat de toegankelijkheid van de zorg centraal. De overheid richt zich op het waarborgen van de toegang tot de gezondheidszorg door het opbouwen van een stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen.
2. In de tweede fase ligt de nadruk op kostenbeheersing. Door middel van kostenregulering, budgettering en rantsoenering probeert de overheid grip te krijgen op de toenemende kosten in de zorg.
3. De derde hervormingsfase is een reactie op de problemen uit de eerste twee fasen, zoals de toenemende wachtlijsten en het mondiger worden van patiënten en cliënten. De overheid richt zich op de introductie van elementen van marktwerking om de doelmatigheid van de zorg te vergroten.

Cutler's studie heeft geen betrekking op Nederland, toch lijkt zijn indeling van toepassing op de hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg. De eerste hervormingsfase vond in Nederland plaats tot eind jaren zestig in de twintigste eeuw, de tweede fase tot eind jaren negentig. Momenteel bevindt Nederland zich in de derde hervormingsfase: de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg (Fritzsche et al., 2005).

### **3.2.2 De WTZi**

Op 1 januari 2006 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in werking getreden en is de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) komen te vervallen. Deze wetwijziging heeft grote gevolgen voor de wijze van financiering van zorgvastgoed. Zorginstellingen kregen tot voor kort als gevolg van het van overheidswege gereguleerde bouwregime een gegarandeerde vergoeding voor de kapitaallasten gedurende de gehele afschrijvingsperiode van het vastgoed (Kriek en Dooyweerd, 2009). Na verkrijging van een vergunning ex WZV van het College bouw zorginstellingen werden rente en afschrijving van investeringen in zorgvastgoed risicoloos nagecalculeerd en aan het instellingsbudget toegevoegd (Verweij en Bisschop, 2006). Kortom zorginstellingen liepen in de praktijk geen enkel financieel risico. Op 1 januari 2008 is het bouwregime en daarmee het vergunningenstelsel afgeschaft.

In het nieuwe zorgstelsel krijgen zorginstellingen zelf de volledige verantwoordelijkheid voor hun vastgoed en de investeringen daarin, met de bijbehorende kansen en risico's. Investeringen die nodig zijn om in te spelen op de zorgvraag komen voor eigen rekening en risico van zorgaanbieders en zullen terugverdiend moeten worden uit de omzet van zorgproducten (Rötscheid en Diepstraten, 2007). Zorginstellingen ondervinden daarbij concurrentie van andere zorginstellingen en dienen daardoor hun kosten zo laag mogelijk te houden. Ook rendement op zorgvastgoed gaat hierdoor een belangrijke rol spelen (RVZ, 2006). Zorginstellingen zullen in toenemende mate met een vastgoeddril naar hun gebouwen moeten kijken (Hoeven, 2008). Zorgvastgoed zal als productiemiddel moeten worden gezien die maximaal moet bijdragen aan een efficiënte en rendabele bedrijfsvoering (Rötscheid en Diepstraten, 2007). Zorginstellingen zullen hierdoor worden gedwongen om doelmatiger te werk te gaan (VWS, 2005). Financiële steunverlening vanuit de overheid (een opslag op de tarieven bij zorginstellingen in financiële problemen) zal uiteindelijk niet meer mogelijk zijn. De zorginstellingen zullen zelf besluiten moeten nemen over een eventuele sluiting of capaciteitsvermindering en dienen zelf de consequenties daarvan te dragen. Daarbij zal ook faillissement tot de mogelijkheden behoren (Rötscheid en Diepstraten, 2007).

Met de komst van de WTZi wordt de overgang gemaakt van aanbodsturing en budgetbekostiging naar een vraaggerichte sturing en prestatiebekostiging (Rötscheid en Diepstraten, 2007). De sturing van de overheid worden verlegd van het bouwen van zorginstellingen naar de exploitatie ervan. De enige vorm van sturing vanuit de overheid is een toelating van de minister om zorg te mogen verlenen (VWS, 2005).

De invoering van de WTZi is onderdeel van een reeks verschillende wetwijzigingen om gereguleerde marktwerking in te kunnen voeren. De WTZi is de fundamentele schakel binnen dit proces. Andere belangrijke wetten zijn de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). De Zvw regelt de vergoedingen voor curatieve zorg en in de WMG is de Zorgautoriteit (ZA) geregeld die toeziet op een goede marktwerking.

#### ***Integrale prestatiebekostiging***

Budgetbekostiging leidt tot bestaanszekerheid voor zorginstellingen (VWS, 2005). Zorginstellingen kijken minder kritisch naar hun interne bedrijfsvoering en reageren minder snel op nieuwe technologische ontwikkelingen. Om de doelmatigheid in de zorgsector te

vergroten wordt daarom overgegaan naar prestatiebekostiging. Alle zorgaanbieders zullen een vergoeding ontvangen op basis van de geleverde prestaties, het leveren van een zorgdienst (VWS, 2005). In de curesector gebeurt dit op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Een DBC beschrijft het zorgpakket dat een patiënt nodig heeft. Door aan alle activiteiten in het zorgproces kostprijzen te koppelen, wordt de totale kostprijs bepaald, inclusief alle directe kosten en de huisvestingslasten (Kriek en Dooyeweerd, 2009). Het gaat dus om *“een optelling van de zorgkosten en de huisvestingskosten om deze zorg te kunnen leveren.”* (Kriek en Dooyeweerd, 2009 p.24). Een groot deel van de DBC's kent een landelijk vast tarief, het zogenoemde A-segment. In het B-segment kunnen zorginstellingen en zorgverzekeraars vrij onderhandelen over de prijs van DBC's. In de curesector is al sprake van enige marktwerking en vrije prijsvorming. Begin 2008 bestond het B-segment uit 20 procent van de zorg, in 2009 is deze uitgebreid naar 34 procent. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil dit percentage de komende jaren verder verhogen. Er wordt toegewerkt naar 65 tot 70 procent vrij onderhandelbare prijzen in 2011 (Kriek en Dooyeweerd, 2009).

### **Kapitaallasten**

De vergoeding voor de kapitaallasten werd gebaseerd op het genormeerde gebouwoppervlak en onafhankelijk van de bezettingsgraad van de zorginstelling (PwC, 2006). In het nieuwe zorgstelsel zijn de kapitaallasten onderdeel van de integrale prestatiebekostiging. De jaarlijkse vaste vergoeding voor de huisvestingslasten is vervangen door een normatieve huisvestingscomponent (NHC) als onderdeel van de tarieven die zorginstellingen hanteren (College Tarieven Gezondheidszorg Zorgautoriteit et al., 2006). *“Een NHC is een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) nieuwbouw en instandhouding bestaande uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus, investerings- en instandhoudingsuitgaven te dekken”* (NZa, 2006 p. 12). De koppeling van de huisvestingslasten aan de omzet van een zorginstelling betekent dat zorginstellingen risico lopen op hun huisvestingslasten. De werkelijke huisvestingslasten per geleverde zorgdienst kan afwijken van het normbedrag. De kosten in de gezondheidszorg hebben een relatief vast karakter, bekostiging op basis van werkelijke zorgproductie brengt financiële risico's met zich mee ten aanzien van de dekking van de vast kosten (PwC, 2006). Dit maakt zorginstellingen bewust van de gevolgen van investeringsbeslissingen. Zij zullen zich moeten afvragen hoe de kapitaallasten terugverdiend kunnen worden door het leveren van zorg (Ommeren, 2005). De invoering van de integrale prestatiebekostiging van de kapitaallasten zal in 2012 gerealiseerd zijn (VWS, 2005).

In tabel 3.1 staan de belangrijkste verschillen tussen het oude en het nieuwe zorgstelsel.

Tabel 3.1: De verschillen tussen het oude en nieuwe zorgstelsel

<b><i>Van aanbodsturing en budgetbekostiging</i></b>	<b><i>Naar vraagsturing en prestatiebekostiging</i></b>
Bouwplannen gebaseerd op normen en maatstaven	Investeringsbeslissingen op basis van bedrijfseconomische overwegingen
Maximalisering van oppervlakte en investeringskosten	Minder maar kwalitatief betere vierkante meters
Nauwelijks kostenbewustzijn bij eindgebruikers	Doorbelasting van kosten naar eindgebruikers
Specifiek vastgoed	Zoveel mogelijk courant en flexibel vastgoed
Vermogen vastgelegd in vastgoed	Vermogen meer ingezet in primair proces
Focus op gebouw en inrichting	Aandacht voor locatie, architectuur, omgeving en portefeuille opbouw
Gebouw als omhulling van primair proces	Gebouw en ligging als marketinginstrument
Eigendom als vanzelfsprekendheid	Bewuste afweging tussen koop, huur en lease.
Eigenaars- en gebruikersrol geïntegreerd	Scheiding van eigenaars- en gebruikersrol

Bron: Hoepel, Visser en De Vries, 2009.

### **3.2.3 De gevolgen voor het zorgvastgoed**

Het nieuwe financieringssysteem in de gezondheidszorg gaat gepaard met vergaande gevolgen voor het zorgvastgoed. De belangrijkste gevolgen worden in deze paragraaf weergegeven.

#### ***Het boekwaardeprobleem***

De gemiddelde levensduur van zorgvastgoed bedraagt ongeveer 33 jaar (CBZ, 2005). Alleen op deze wijze wordt er niet afgeschreven in de gezondheidszorg. Afschrijving vond veelal annuïtair plaats over een onrealistische periode van veertig tot vijftig jaar. *“Het gebouw veroudert functioneel veel sterker dan in de daling van de boekwaarde tot uiting komt.”* (CBZ, 2005 p. 10). De boekwaarde van gebouwen en terreinen in de gezondheidszorg is in veel gevallen dan ook hoger dan de marktwaarde. Tevens is de marktwaarde van de gebouwen vaak laag, vanwege de specifieke bouw en de incourantheid (CBZ, 2005). Investerings in zorgvastgoed zullen door het nieuwe financieringssysteem bovenop de (hoge) boekwaarde komen, wat kan leiden tot het vrijwel niet kunnen financieren van investeringen.

#### ***Financiering***

Door de komst van het nieuwe financieringssysteem behoren investeringen in zorgvastgoed ineens tot de grootste investeringsbeslissingen van een zorginstelling (Hoeven, 2008). Investerings in zorgvastgoed zullen moeten worden terugverdiend via de geleverde zorg, hierdoor wijzigt het risicoprofiel van de leningen die aan zorginstellingen worden verstrekt. De risico's worden veel groter, dus het aantrekken van leningen lastiger. Kapitaalverschaffers stellen nieuwe eisen aan zorginstellingen. Vanuit vastgoedperspectief worden courantheid, hergebruik en locatie beoordeeld, vanuit financieel perspectief de solvabiliteit, liquiditeit en cash flow (Rötscheid en Diepstraten, 2007). Zorginstellingen zullen met een gedegen businessplan moeten komen. *“Hierdoor is een directe koppeling ontstaan tussen de opbrengsten van de zorg en de mogelijkheden om te investeren in stenen”* (Kriek en Dooyeweerd, 2009 p. 23).



### **Optimalisatie**

De huisvestingslasten zullen door de komst van de integrale prestatiebekostiging worden gekoppeld aan de omzet van de zorginstelling. Dit betekent dat elke vierkante meter in een zorginstelling terugverdiend moet worden. Hoeven (2008) stelt dat het vanaf nu gaat om het meest optimaal functionerende gebouw: het gebouw moet de zorgverlening ondersteunen en zo efficiënt mogelijk maken. Dit is ook mede bepalend voor de concurrentiepositie van een zorginstelling (Rötscheid en Diepstraten, 2007). Er zal druk komen te liggen op de dure vierkante meters en een potentieel aan onverhuurbare vierkante meters aanwezig zijn (Verweij en Bisschop, 2006).

### **Flexibiliteit**

Hoeven (2008) stelt dat de levensduur van een gebouw en daarmee de afschrijvingstermijn sterk afhangt van de flexibiliteit van het gebouw. Zorginstellingen zullen door de komst van het nieuwe financieringssysteem steeds meer verschillende afwegingen moeten maken bij nieuw- en verbouw. Zij zullen zich moeten afvragen wat de core business is, welk deel van het zorgvastgoed hier onlosmakelijk mee verbonden is en over welk deel van het zorgvastgoed zij zeggenschap willen blijven uitoefenen. Hoeven (2008) verwacht dan ook dat er de komende jaren steeds meer samenwerkingsverbanden zullen worden gesloten tussen zorginstellingen en marktpartijen. Er zijn verscheidende constructies denkbaar. Een projectontwikkelaar ontwikkelt bijvoorbeeld op eigen kosten en risico een gebouw op het terrein van een zorginstelling, welke de zorginstelling vervolgens huurt. Ook verandert de zorgvraag vanuit de maatschappij, wat vraagt om een andere benadering van het zorgvastgoed (Hoeven, 2008). Een gebouw zal mee moeten bewegen met de maatschappelijke ontwikkelingen en de daaruit voortvloeiende nieuwe zorgconcepten (ActiZ en College bouw zorginstellingen, 2007). Gebouwen zullen makkelijker aanpasbaar moeten worden voor een andere functie (Hoeven, 2008).

### **Het vastgoedbeleid**

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg vragen om een geheel nieuwe kijk op het zorgvastgoed en een andere manier van omgaan met het zorgvastgoed (Rötscheid en Diepstraten, 2007). Zorgvastgoed wordt een strategisch bedrijfsmiddel, een marketing-instrument en mogelijk een middel om winst (of verlies) mee te maken (Verweij en Bisschop, 2006). Zorginstellingen komen voor nieuwe vastgoedvraagstukken te staan: het te voeren vastgoedmanagement en risicomangement, de financieringsmogelijkheden, de mogelijke samenwerkingsverbanden en vastgoedvisies over de lange termijn. Daarbij zullen er afwegingen moeten worden gemaakt tussen eigendom en huur, kopen en verkopen, slopen en renoveren en financieel en maatschappelijk rendement (Peters-Van Dommelen en Schipper, 2008). Zorginstellingen zullen daarom strategisch vastgoedbeleid moeten formuleren zodat zij op een verantwoorde manier om kunnen gaan met investeringsrisico's. Er zal een langetermijnvisie dienen te worden ontwikkeld ten aanzien van het vastgoed. *“Hierbij verschuift de focus van investeringsgericht naar exploitatiegericht denken”* (Peters-van Dommelen en Schipper, 2008 p.22).

### **Intermezzo: De kloof die nog bestaat**

Uit de Zorgvastgoedmonitor van Twynstra Gudde en de TU Delft (2008) blijkt dat vastgoed en de zorgsector nog ver van elkaar af staan. Volgens Blauw (2009) komt de wederzijdse desinteresse mede omdat er in de zorgsector nauwelijks 'quick wins' en hoge rendementen zijn te behalen. Daarnaast maken de zorginstellingen een trage omslag naar strategisch vastgoedmanagement. Veel instellingen hebben slecht inzicht in hun vastgoedportefeuille, hierdoor wordt het lastig om een plan voor strategisch management op te stellen en kunnen weloverwogen beslissingen over het vastgoed niet worden genomen. Er bestaat veel onzekerheid, omdat de overheid de integrale tarieven in de zorg nog steeds niet heeft vastgesteld. Veel zorginstellingen nemen daarom een afwachtende houding aan ten aanzien van grootschalige bouwprojecten, investeringen in zorgvastgoed worden voorlopig uitgesteld (Blauw, 2009).

### **3.3 Demografische ontwikkelingen**

De (toekomstige) omvang van de bevolking en de bevolkingssamenstelling zijn bepalend voor de vraag naar zorg. Volgens het CBS (2009) neemt de totale omvang van de Nederlandse bevolking tot 2040 toe tot ongeveer 17,5 miljoen inwoners en zal daarna geleidelijk afnemen. Bevolkingsgroei en –krimp is in Nederland regionaal/lokaal verschillend. De bevolkingsgroei concentreert zich in de Randstad. Hoewel krimp op nationaal niveau nog niet aan de orde is, zijn er bepaalde regio's en steden waar het inwoneraantal afneemt. Bevolkingskrimp treedt vooral op in de randen van Nederland, maar ook in de Randstad liggen gemeenten met een lichte bevolkingskrimp (De Jong en Van Duin, 2010). Volgens De Jong en Van Duin (2010) zal vooruitkijkend tot 2040 het patroon van bevolkingskrimp en –groei niet veranderen, maar nog meer uitgesproken worden. *“Het verschil van groei in de Randstad en krimp in de periferie wordt nog duidelijker zichtbaar.”*

De bevolkingssamenstelling in Nederland verandert. Het is een bekend gegeven dat Nederland vergrijst. *“Het aandeel 65-plussers stijgt van 15 procent nu tot bijna 26 procent rond 2040. Het aandeel jongeren (0–19 jaar) daalt naar verwachting licht, terwijl het aandeel 20–64-jarigen aanzienlijk terugloopt”* (CBS, 2009). Er wordt ook veel gesproken over de term dubbele vergrijzing, want er komen meer ouderen, maar deze ouderen leven ook langer door de stijgende levensverwachting. De meeste ziekten komen vooral bij ouderen voor, hierdoor zal de ziektelast toenemen en daarmee ook het zorggebruik (RIVM, 2006). Het RIVM (2006) verwacht dat in de komende 20 jaar, door de huidige leefstijl en het overgewicht, de ziektelast van chronische ziekten van ouderen met 40 procent of meer zal toenemen.

De bevolkingssamenstelling wordt ook bepaald door het aantal allochtonen in Nederland. Volgens Sanderse et al. (2010) zal het aantal allochtonen in Nederland sterk blijven groeien, van 3,4 miljoen in 2010 tot ruim 4,5 miljoen in 2040. Het aandeel allochtonen in de totale bevolking zal naar verwachting toenemen van 20 procent in 2010 tot 25 procent in 2040. Bakker et al. (2005) veronderstelt dat allochtonen met meer gezondheidsklachten kampen dan autochtonen. Door de groei van het aantal allochtonen in Nederland zal de vraag naar zorg vermoedelijk toenemen.

### 3.4 Maatschappelijke ontwikkelingen

In Nederland is sprake van een veranderende kijk op de gezondheidszorg. Er is een verschuiving zichtbaar van genezing naar preventie. De aandacht voor preventie neemt toe en zorgverzekeraars nemen positieve prikkels voor preventieve maatregelen op in hun zorgpakket (Klamer, 2008). Gezond leven is 'hot'. Er worden dan ook steeds meer initiatieven ontwikkeld die op de grens van zorg zitten, zoals wellness centra, zorgboulevards en zorghotels (Klein Haarhuis, 2009).

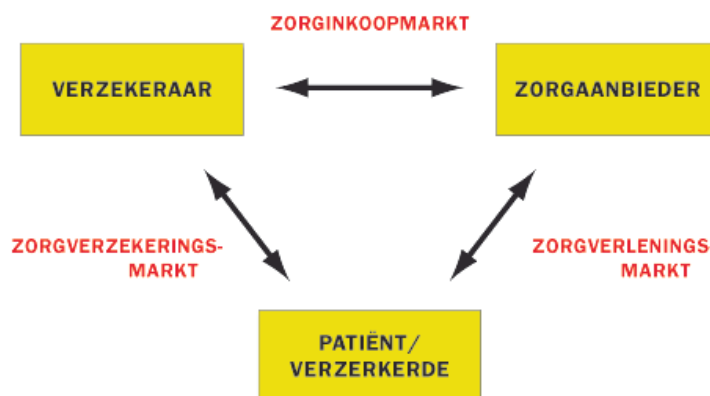
Een andere trend is dat de patiënt steeds sneller en beter geïnformeerd is over de mogelijkheden van nieuwe behandelingen, de effectiviteit van bepaalde ingrepen en bij welke zorgaanbieders de meeste kans op succes bestaat (Schreuder en Van Rijn, 2003). Bovendien wenst de patiënt een grote keuzevrijheid en ook de bereidheid om te betalen voor zorg groeit (Branche Medische Technologie, 2010). Kortom, er wordt een dermate hoge kwaliteit verwacht van zorgaanbieders en door de komst van de integrale prestatiebekosting zal dit wellicht een lastige opgave zijn.

De gezondheidszorg houdt niet op bij de staatsgrenzen. Behandelingen in het buitenland zijn mogelijk door de open grenzen in de Europese Unie en tegelijkertijd biedt dit mogelijkheden voor buitenlandse zorgaanbieders om in Nederland zorg aan te bieden. Ook de patiënt zelf kan dankzij het Internet over de hele wereld op zoek gaan naar de beste zorg (Branche Medische Technologie, 2010).

### 3.5 Marktontwikkelingen

Door de invoering van marktwerking in de gezondheidszorg verschuiven de marktverhoudingen tussen de actoren in de zorg. De relaties tussen de drie belangrijkste partijen staan in figuur 3.1 weergegeven. De patiënt/verzekerde wil de beste zorgverzekering tegen de laagste prijs, keuzevrijheid en transparantie tussen zorgaanbieders. De zorgverzekeraars proberen zo veel mogelijk zorgpolissen te verkopen tegen een zo hoog mogelijke prijs en strijden om de gunst van de verzekerde tegen andere zorgverzekeraars. De zorgaanbieders strijden om de gunst van de zorgverzekeraar, zij onderhandelen op basis van de kwaliteit en de prijs om al dan niet een contract te sluiten. Zorgaanbieders strijden met elkaar ook om de gunst van de patiënt/verzekerde (Mixe, 2010).

Figuur 3.1: Marktwerking in de zorg: drie markten



Bron: Mixe, 2010.

De zorgverzekeraars gaan door de DBC-systematiek een grotere invloed uitoefenen op het inkooptraject, zij krijgen de regierol toebedeeld (Branche Medische Technologie, 2010). Zorgverzekeraars beoordelen zorgaanbieders steeds vaker op hun prestaties. DePers.nl (2010) publiceerde onlangs dat zorgverzekeraar CZ ziekenhuizen heeft beoordeeld op het gebied van borstkanker, met de slecht presterende ziekenhuizen zullen zij geen zaken meer doen. Er zullen echter ook nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan tussen zorgaanbieders om als countervailing power te kunnen fungeren richting zorgverzekeraars (Branche Medische Technologie, 2010).

Door het ontstaan van marktwerking in de gezondheidszorg ontstaat er ook ruimte voor commerciële zorgaanbieders. Privéklinieken en zelfstandige behandelcentra nemen een deel van de electieve zorg (curatieve zorg waarvan het medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld) over en zullen zich daarmee als serieuze concurrenten profileren (Piersma, 2009).

In de gezondheidszorg is sprake van meer standaardisatie en tegelijkertijd ook een toenemende complexiteit van zorgsituaties. Relatief weinig complexe ingrepen worden gestandaardiseerd zodat deze zorg meer routinematig, planbaar en controleerbaar geleverd kan worden. Hiermee wordt geprobeerd grip te krijgen op de kwaliteit en de uitgaven van zorg. Maar de zorg aan een aantal patiënten wordt ook steeds complexer, zoals een oudere patiënt die bijvoorbeeld lijdt aan suikerziekte, COPD, overgewicht en psychiatrische problemen heeft (Schreuder en Van Rijn, 2003).

In de gezondheidszorg heeft de afgelopen jaren schaalvergroting plaatsgevonden. Hierbij moet gedacht worden aan zowel horizontale als verticale integratie. Volgens Schreuder en Van Rijn (2003) schuiven de cure en de care meer in elkaar. Ziekenhuizen richten zich meer op de eerstelijnszorg en verpleeghuizen bewegen zich bijvoorbeeld meer op de markt van de thuiszorg. Daarnaast is tevens sprake van een schaalverkleining. Nieuwe groepen van ondernemende zorgaanbieders richten zich op nichemarkten (Schreuder en Van Rijn, 2003).

### **3.6 Medisch technologische ontwikkelingen**

Er vindt voortdurend technologische innovatie plaats in de gezondheidszorg, die ziekten beter behandelbaar maakt of er zelfs voor zorgt dat voor het eerst behandeling mogelijk is. Technologische ontwikkelingen dragen er ook toe bij dat aandoeningen in een eerder stadium en gericht kunnen worden gediagnosticeerd wat zou kunnen leiden tot kostenbesparingen in de zorg (Branche Medische Technologie, 2010). De druk op innovatie in de gezondheidszorg zal waarschijnlijk aanzienlijk toenemen door de invoering van marktwerking.

Beets (2007) stelt dat ICT toepassingen in de gezondheidszorg de zorgvraag deels zou kunnen doen afnemen door bijvoorbeeld zelfdiagnostiek. Maar technologische ontwikkelingen kunnen er ook toe leiden dat mensen langer leven waarbij de vraag naar zorg toe zou kunnen nemen. Het ontstaan van nieuwe of verbeterde behandelmethodes leidt dus niet altijd tot een relatieve afname van de zorgvraag.

### 3.7 De toekomstige behoefte aan curatieve gezondheidszorg

De toekomstige vraag naar curatieve zorg is met name af te leiden van demografische ontwikkelingen. De toekomstige omvang van de totale bevolking en de bevolkingssamenstelling zijn bepalend voor het volume van de toekomstige zorgvraag. Ook is de wijze waarop de zorg zich heeft ontwikkeld van belang.

#### 3.7.1 De huidige vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg

De huidige vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg zal afgeleid worden van de vraag naar huisartsenzorg en medicijnen. Volgens De Bakker et al. (2005) is de huisarts de poortwachter van de gezondheidszorg. De apotheek verstrekt geneesmiddelen, adviseert en begeleidt de patiënt en vervult daarmee een belangrijke functie binnen de gezondheidszorg.

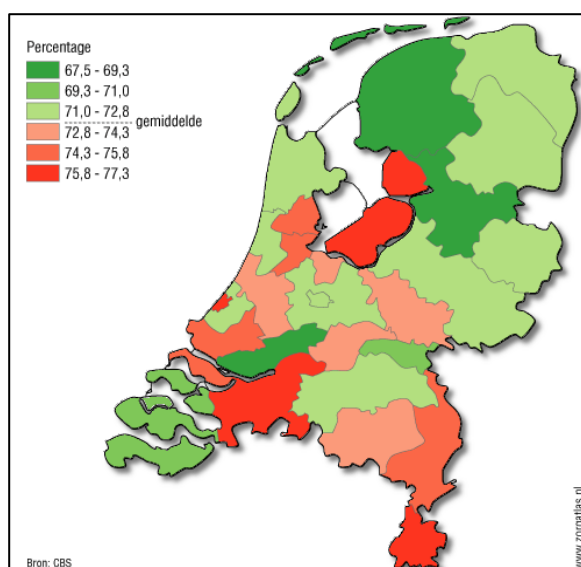
##### *De huisarts*

Uit het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg blijkt dat ongeveer 80 procent van de Nederlandse bevolking minimaal één keer per jaar contact heeft met de huisarts. Het gemiddeld aantal contacten per patiënt stijgt licht. In de periode 1997-2005 is het contact gemiddeld met 1,5 procent per jaar gegroeid. Het contact met de huisarts neemt toe naarmate men ouder wordt. Huisartsen verwijzen 4 procent door naar de eerste en tweedelijnszorg (Verheij et al., 2006).

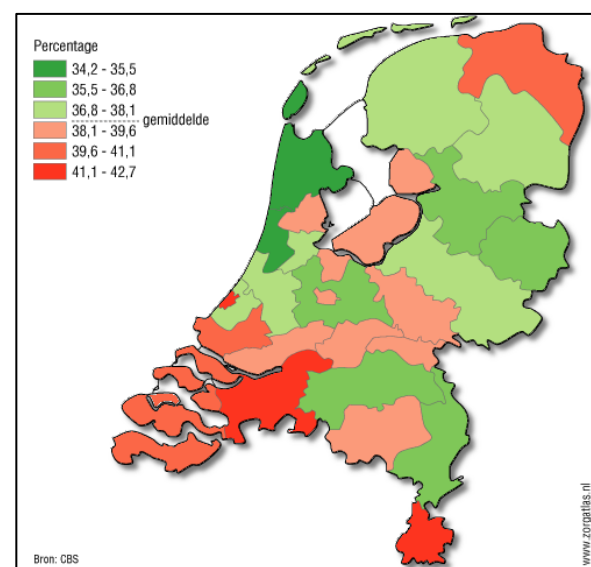
##### *De apotheek*

In 2008 gebruikte 38,5 procent van de Nederlandse bevolking een voorgeschreven geneesmiddel. In 1998 lag dit percentage op 32,6 procent, een stijging van bijna 6 procent punt (CBS, 2010). Volgens het SFK (2008) neemt het chronisch gebruik van geneesmiddelen toe. Dit blijkt uit een toename van de gemiddelde voorschrijfduur en het aantal herhalingsrecepten dat apotheken verwerken.

Figuur 3.2: Jaarlijks contact huisarts 2005-2008 naar GGD-regio



Figuur 3.3: Gebruik voorgeschreven medicijnen 2005-2008 naar GGD-regio



Er bestaan echter regionale verschillen in het jaarlijks contact met de huisarts en het gebruik van voorgeschreven medicijnen (zie figuren 3.2 en 3.3). De regionale verschillen worden niet verklaard door regionale variaties in leeftijd en geslacht, omdat voor deze factoren is gecorrigeerd. De regionale verschillen kunnen wellicht verklaard worden door de verschillen in zorggebruik tussen sociale klassen en etnische groepen. De Bakker et al. (2005) stelt namelijk dat gezondheidsproblemen vaker lijken voor te komen in de lagere sociale klassen, laagopgeleiden hebben meer contact met de huisarts en gebruiken vaker medicijnen dan hoogopgeleiden. Daarnaast stelt Bakker et al. (2005) dat allochtonen meer gezondheidsklachten hebben dan autochtonen. Volgens Foets et al. (2006) is de huisarts voor allochtonen ook een laagdrempelige voorziening.

De regionale verschillen kunnen mogelijk ook verklaard worden door het feit dat het zorgaanbod per regio kan verschillen. In de stedelijke regio's is het aanbod van zorgvoorzieningen veelal groter dan in de meer landelijke regio's. Wanneer een grotere afstand moet worden afgelegd om bij een zorgaanbieder te komen, kunnen mensen geneigd zijn om minder snel daadwerkelijk een afspraak te maken.

### 3.7.2 De toekomstige vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg

Bakker et al. (2005) heeft een toekomstverkenning opgesteld voor de eerstelijnsgezondheidszorg tot 2020. Daarin wordt uitgegaan dat de zorgvraag aanzienlijk zal toenemen als gevolg van de bevolkingsgroei en de dubbele vergrijzing. Het effect van het toenemend aantal allochtonen in Nederland is volgens Bakker et al. (2005) relatief gering op het zorggebruik. Naast de demografische ontwikkelingen zijn er epidemiologische veranderingen die de zorgvraag beïnvloeden. Een toename in het aantal infectieziekten, chronische ziekten en lichamelijke klachten zorgen voor een sterke stijging van de vraag naar huisartsenzorg. Bakker et al. (2005) voorziet dan ook in de periode tot 2020 een aanzienlijke stijging in de huisartsenzorg, zowel met betrekking tot de contacten (13-20%) als voor de receptuur (20-25%). Hierdoor zal de farmaceutische zorgvraag ook toenemen.

### 3.7.3 De huidige vraag naar tweedelijnsgezondheidszorg

In 2005 werd 11,5 procent van de Nederlandse bevolking opgenomen in een ziekenhuis voor een klinische of dagopname. Dit percentage is licht gestegen, in 1995 was dit namelijk nog 9,8 procent (zie tabel 3.2). De stijging is vooral zichtbaar in de leeftijdsgroepen van 0-jarigen en 45 jaar en ouder.

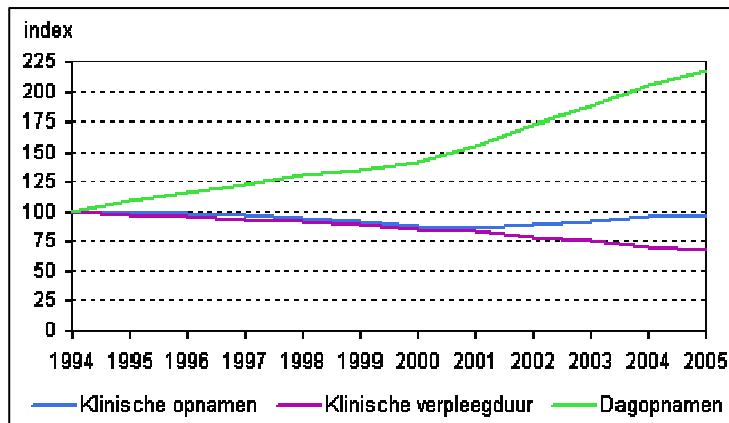
Tabel 3.2: Percentage personen in de bevolking met één of meer ziekenhuisopnamen per jaar

	1995	1998	2001	2003	2005
<b>Totaal</b>	9,8	9,9	9,8	10,7	11,5
<b>0 jaar</b>	49,6	52,1	55,0	56,5	59,9
<b>1 tot 20 jaar</b>	6,9	6,6	5,9	6,3	6,3
<b>20 tot 45 jaar</b>	7,3	7,4	7,3	8,0	8,5
<b>45 tot 65 jaar</b>	9,1	9,2	9,3	10,5	11,7
<b>65 jaar of ouder</b>	18,6	19,1	19,1	21,2	23,1

Bron: CBS, 2010.

Het totaal aantal ziekenhuisopnamen in Nederland is in de periode 1994 tot 2005 toegenomen. Dit komt met name door een verdubbeling van het aantal dagopnamen, deze zijn met bijna 120 procent toegenomen (zie figuur 3.4). Het aantal klinische opnamen is in deze periode redelijk constant gebleven. Ook liggen patiënten korter in het ziekenhuis, de verpleegduur is met ruim 30 procent gedaald. Volgens De Bruin et al. (2008) waren in 2005 in totaal ruim 3 miljoen ziekenhuisopnamen (zowel dag- als klinische opnamen).

Figuur 3.4: Trends in het aantal klinische opnamen, dagopnamen en de gemiddelde verpleegduur 1994-2005 gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht en geïndexeerd (1994 is 100)



Bron: LMR, bewerkt door het RIVM, 2008.

Het percentage van de Nederlandse bevolking dat minimaal één keer per jaar contact heeft met een medisch specialist is licht gestegen van 38 procent in 2002 naar 41 procent in 2007. De Bruin et al. (2008) stelt dat deze toename deels ten gevolge is van de veroudering van de bevolking, maar ook het wegwerken van de wachtlijsten speelt een rol.

### 3.7.4 De toekomstige vraag naar tweedelijnsgezondheidszorg

Het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) (2005) verwacht de komende jaren een sterke toename in de vraag naar medisch specialistische zorg. Er zal niet zozeer een groei van het aantal uit de eerstelijns doorverwezen patiënten plaatsvinden, maar een toename van de zorg per verwezen patiënt. Bovendien verwacht het CBZ (2005) een verschuiving in de samenstelling van de zorgvraag: het aandeel patiënten met chronische en langdurige aandoeningen evenals ouderdomsgerelateerde slijtage aandoeningen zal toenemen.

Van Vijssel (2009) heeft scenario's ontwikkeld voor de mogelijke toekomstige vraag naar medisch specialistische zorg tot 2020. Opvallend is dat het aantal dagopnamen in alle drie onderscheiden scenario's aanzienlijk blijft stijgen. Ook verandert de samenstelling, het aandeel niet-chirurgische opnamen ten op zichte van het aandeel chirurgische opnamen neemt toe. Volgens Van Vijssel (2009) zal de gemiddelde verpleegduur tot 2020 verder dalen tot circa 4 dagen, in 2007 lag de verpleegduur op 6,2 dagen. Door de toename van het aantal dagopnamen en de verkorting van de verpleegduur zal de verhouding tussen klinische opnamen en dagopnamen veranderen. Het percentage bedden dat gebruikt wordt voor dagopnamen zal fors toenemen. Verder verwacht Van Vijssel (2009) dat het totaal aantal benodigde bedden (dag en klinische opnamen) per 1.000 inwoners toeneemt van 2,1 bedden in 2007 naar circa 2,7 bedden in 2020.

### 3.8 Conclusie

Op basis van het literatuuronderzoek kunnen een aantal conclusies worden getrokken ten aanzien van de curatieve gezondheidszorg:

- De wet- en regelgeving van de gezondheidszorg bevindt zich in een transitiefase, er wordt overgegaan naar prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking. Er bestaat nog veel onzekerheid en daarom nemen veel zorginstellingen een afwachtende houding aan, investeringen in zorgvastgoed worden voorlopig uitgesteld;
- De totale omvang van de Nederlandse bevolking zal tot 2040 groeien en daarna geleidelijk afnemen. De bevolkingssamenstelling in Nederland verandert, Nederland vergrijsst en het aantal allochtonen blijft groeien. Deze demografische ontwikkelingen leiden tot een grotere vraag naar zorg;
- In Nederland is een verschuiving zichtbaar van genezing naar preventie. Daarnaast is de patiënt sneller en beter geïnformeerd, wenst keuzevrijheid en verwacht een hoge kwaliteit van zorg. De patiënt kan steeds vaker voor zorg terecht over de grens;
- De marktverhoudingen verschuiven tussen de actoren in de zorg. De zorgverzekeraars gaan een grotere invloed uitoefenen op het inkooptraject en er ontstaat steeds meer ruimte voor commerciële zorgaanbieders. Er is sprake van meer standaardisatie in de zorg, maar ook van toenemende complexe zorgsituaties. Er vindt tevens schaalvergroting plaats en er ontstaan nieuwe zorgaanbieders die zich richten op nichemarkten;
- Medisch-technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg kunnen enerzijds leiden tot een relatieve afname van de zorgvraag, anderzijds kunnen deze ontwikkelingen de levensverwachting van mensen verlengen waardoor de zorgvraag zou kunnen toenemen. Door de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg zullen zorgaanbieders waarschijnlijk sneller reageren op technologische ontwikkelingen;
- De toekomstige vraag naar curatieve zorg is met name af te leiden van demografische ontwikkelingen. De verwachte groei van de bevolking, de dubbele vergrijzing en epidemiologische veranderingen leiden tot een sterke stijging in de vraag naar zowel eerste- als tweedelijnsgezondheidszorg, maar ook tot een andere vraag naar zorg. De zorgvraagontwikkelingen zijn echter niet helder qua ruimtelijke consequenties, daar bestaan geen degelijke prognoses van. Wel kan gesteld worden dat deze ontwikkelingen een veranderende ruimtebehoefte tot gevolg hebben. De toename van de vraag naar zorg gaat gepaard met een efficiënter gebruik van het aanbod, door technologische ontwikkelingen kan efficiënter gebruik worden gemaakt van de beschikbare bedden en ruimten (een kortere verpleegduur en een betere uitrusting van de eerstelijns). De ruimtebehoefte in de eerste- en tweedelijns zal waarschijnlijk verschuiven door minder solopraktijken en meer groepspraktijken en gezondheidscentra. Daarnaast zullen er meer private klinieken/ZBC's ontstaan.

In dit hoofdstuk zijn de ontwikkelingen in de curatieve gezondheidszorg beschreven en is de toekomstige behoefte aan curatieve gezondheidszorg bij benadering bepaald. Daarmee is antwoord gegeven op de tweede deelvraag. De besproken ontwikkelingen en de toekomstige curatieve zorgvraag zijn in globale zin qua richting duidelijk, maar zijn noch kwantitatief noch vastgoedmatig inzichtelijk.

In hoofdstuk 4 komen de huidige curatieve zorgconcepten in Nederland aan bod.



## **4. Huidige curatieve zorgconcepten in Nederland**

### **4.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk zal deelvraag 3 “*Welke huidige zorgconcepten zijn er in de curatieve gezondheidszorg te onderscheiden?*” worden behandeld. In paragraaf 4.2 zal een beeld worden geschetst van de omvang van de zorgmarkt. Vervolgens worden in paragraaf 4.3 de huidige zorgconcepten in de eerste en tweedelijns in Nederland besproken en in paragraaf 4.4 volgt de conclusie.

### **4.2 Vastgoed in de cure**

In deze paragraaf zal eerst kort worden ingegaan op het totaal aantal vierkante meters zorgvastgoed in Nederland. Daarna wordt het eerstelijns- en tweedelijnszorgaanbod in kaart gebracht.

#### **4.2.1 Het aantal m<sup>2</sup> zorgvastgoed in Nederland**

In Nederland zijn volgens het CBS in 2009 in totaal 820 zorginstellingen. Er bestaat echter onduidelijkheid over het totaal aantal m<sup>2</sup> die de zorginstellingen in gebruik hebben. Het College bouw zorginstellingen heeft een schatting gemaakt, zij stellen dat er in Nederland 18 tot 20 miljoen m<sup>2</sup> zorgvastgoed is. In deze schatting zijn alleen zorginstellingen opgenomen die intramurale zorg verlenen, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen (Diekman, 2008). Dit is bijna de helft van de kantoormarkt in Nederland, volgens de vastgoedmonitor heeft deze een omvang van ruim 46 miljoen m<sup>2</sup>.

#### **4.2.2 Eerstelijnszorgaanbod**

Om een indruk te kunnen geven van de omvang van het eerstelijnszorgaanbod zal worden ingegaan op de huisarts en de apotheek.

##### ***De huisarts***

In Nederland zijn in 2010 7.833 zelfstandig gevestigde huisartsen en 1.088 huisartsen in dienst van een andere huisarts (HIDHA's) werkzaam. Het totaal aantal huisartspraktijken bedroeg 4.088. In de periode 2005-2010 is het aantal huisartspraktijken met 10 procent afgenomen (Hingstman en Kenens, 2010). Circa 40 procent van de praktijken bestaat uit solopraktijken, 32 procent is een duopraktijk en circa 29 procent is een groepspraktijk (zie tabel 4.1). Het aandeel solopraktijken is in de afgelopen vijf jaar gedaald en het aandeel duopraktijken is redelijk stabiel gebleven. Het aandeel groepspraktijken stijgt al jaren.

Er blijken overigens grote regionale verschillen te zijn wat betreft de praktijkvorm van de praktijk waarin huisartsen werkzaam zijn. In de provincies Groningen, Friesland en Zeeland is een relatief groot deel van de huisartsen werkzaam in een solopraktijk. Deze provincies worden dan ook gekenmerkt door veel platteland en zijn dunbevolkt. In Flevoland en Utrecht werken relatief veel huisartsen in een groepspraktijk (Hingstman en Kenens, 2009).

##### ***De apotheek***

Volgens het SFK (2010) waren er in Nederland in 2009 1.976 openbare apotheken. Met 28 apotheekvestigingen meer dan een jaar daarvoor is deze toename sterk afgezwakt ten

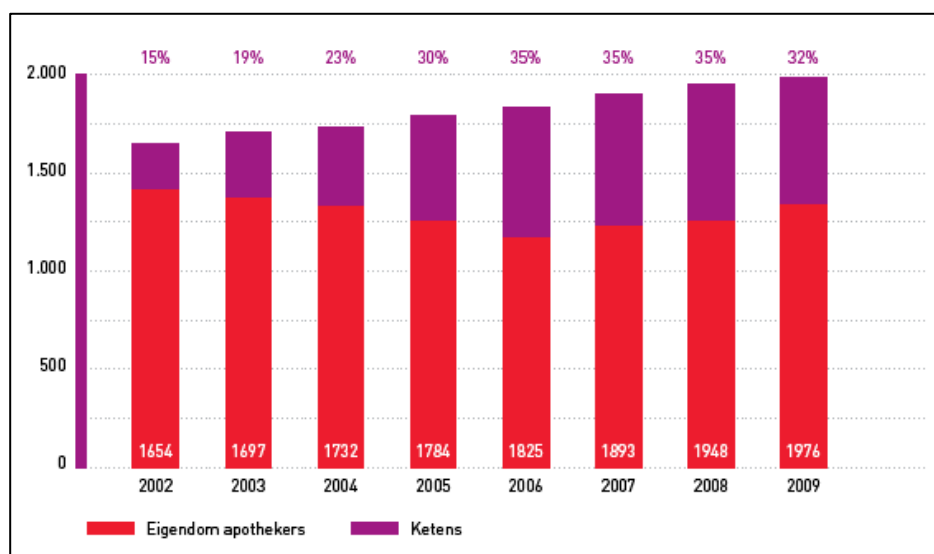
opzichte van eerdere jaren (zie figuur 4.1). Het aandeel ketenapotheken krimpt, door de opkomst van gespecialiseerde apotheken, zoals poliklinische apotheken en dienstapotheken, is het netto aantal apotheken toch gestegen. De openbare apotheken verzorgen de geneesmiddelenvoorzieningen van ruim 90 procent van de Nederlandse bevolking, het overige deel is aangewezen op een apotheekhoudende huisarts (doorgaans in de meer landelijke gebieden). Een gemiddelde openbare apotheek heeft een patiëntenpopulatie van 7.800 personen (SFK, 2010). Er bestaan grote verschillen in het aantal apotheken per provincie. Utrecht kent de hoogste apothekersdichtheid, ofwel het kleinste aantal inwoners per apotheker. Zeeland kent de laagste dichtheid (De Bakker et.al, 2005).

Tabel 4.1: Relatief aantal praktijken naar praktijkvorm op 1 januari (2005-2010)

Peildatum	Solopraktijk	Duopraktijk	Groepspraktijk	Totaal (absoluut)
2005	48,3%	31,1%	20,6%	4.537
2006	46,1%	31,6%	22,3%	4.466
2007	43,5%	32,0%	24,5%	4.346
2008	41,6%	32,4%	26,0%	4.240
2009	40,7%	32,1%	27,2%	4.153
2010	39,5%	32,0%	28,5%	4.088

Bron: Hingstman en Kenens, 2010.

Figuur 4.1: Ontwikkeling van het aantal openbare apotheken in Nederland, 2002-2009



Bron: SFK, 2010.

Een deel van de huisartspraktijken en apotheken in Nederland zijn gevestigd in een eerstelijnsgezondheidscentra. Volgens de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) zijn er momenteel circa 180 eerstelijnsgezondheidscentra in Nederland. Dit zijn alleen de centra die zijn aangesloten bij de LVG, het totale aantal zal dus waarschijnlijk hoger liggen, exacte aantallen zijn echter niet gevonden.

### **4.2.3 Tweedelijnszorgaanbod**

Om een indruk te kunnen geven van de omvang van het tweedelijnszorgaanbod zal worden ingegaan op privéklinieken, zelfstandige behandelcentra en het ziekenhuis.

#### ***Privéklinieken en zelfstandige behandelcentra***

Medisch specialisten zijn ook werkzaam in privéklinieken en zelfstandige behandelcentra (ZBC's). In 2006 waren in Nederland ongeveer 150 privéklinieken en ongeveer 40 ZBC's (VVAA, 2006). Uit een enquête van de VVAA (2006) blijkt dat medisch specialisten verwachten dat het aantal privéklinieken en ZBC's in Nederland de komende jaren ruim zal verdubbelen. Dit betekent tussen de 150 en 250 nieuwe privéklinieken en een toename van 40 tot 80 ZBC's.

#### ***Het ziekenhuis***

Van de ruim 16.000 medisch specialisten in Nederland werkt het merendeel in een ziekenhuis (ABN AMRO, 2007). In 2009 telde Nederland in totaal 111 ziekenhuizen, waarvan 8 academische, 78 algemene en 25 specialistische (categorale) ziekenhuizen (CBS, 2010). Janse et al. (2002) stelt dat mede als gevolg van de fusies van de zorgverzekeraars naar verwachting ook steeds meer ziekenhuizen zullen fuseren om hun onderhandelingspositie met zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders te versterken. Het aantal ziekenhuizen zal op termijn kunnen dalen, schattingen variëren van 40 tot 70 ziekenhuizen in 2014.

Er is een sterke toename zichtbaar in het aantal buitenpoliklinieken, dit aantal is sinds 2009 met ruim 30 klinieken toegenomen. Nederland telt momenteel meer dan 80 buitenpoliklinieken (Deuning, 2010). Volgens Kiers (2010) openen steeds meer ziekenhuizen een buitenpolikliniek om hun verzorgingsgebied te vergroten en daarbij speelt niet alleen de concurrentie met andere ziekenhuizen een rol, maar ook de ontwikkeling van ketenzorg waarbij onderdelen van de ziekenhuiszorg worden overgeheveld naar de eerstelijns.

### **4.3 De huidige curatieve zorgconcepten in Nederland**

In deze paragraaf zullen de huidige curatieve zorgconcepten in Nederland worden behandeld. Uit de bestaande literatuur is geen duidelijke categorisering op te maken, er zal daarom een eigen indeling worden gehanteerd. De zorgconcepten in de eerste- en tweedelijns zijn opgenomen in tabel 4.2.

Tabel 4.2: Curatieve zorgconcepten in de eerste- en tweedelijin in Nederland

<b>Zorgconcepten</b>	<b>Specifieke kenmerken</b>						
	<b>Type zorg</b>	<b>Aantal zorgaanbieders</b>	<b>Locatie</b>	<b>Oppervlak (ca.)</b>	<b>Financiering</b>	<b>Mate van ontwikkeling</b>	<b>Voorbeeld</b>
<i>De reguliere praktijk</i>	Eerstelijnszorg	Eén (solopraktijk)	Praktijk aan huis, centraal in woonwijk	25 – 100 m <sup>2</sup>	Zorgverzekering	-/-	huisartspraktijk, fysiotherapiepraktijk
<i>GOED (gezondheidszorg onder één dak)</i>	Eerstelijnszorg	2 of meer	Centraal in woonwijk	100 – 500 m <sup>2</sup>	Zorgverzekering	+/+	HOED (huisartsen), AHOED (apotheek en huisarts)
<i>Eerstelijns gezondheidscentra</i>	Eerstelijnszorg	2 of meer	Centraal in woonwijk	500 – 2.000 m <sup>2</sup>	Zorgverzekering	+/+	gezondheidscentrum
<i>Thematische gezondheidscentra</i>	Eerste en/of tweedelijnszorg gericht op een bepaald ziektebeeld of doelgroep	2 of meer	Nabij centrum of aan uitvalswegen	1.000 – 2.000 m <sup>2</sup>	Zorgverzekering	+/+	ouder kind centrum, sport medisch centrum, diabetes zorgcentrum
<i>Multidisciplinaire gezondheidscentra</i>	Eerste en/of tweedelijnszorg en andere aan zorg gerelateerde disciplines	ca. 10 of meer	Op of nabij het terrein van ziekenhuizen en zorginstellingen	5.000 – 50.000 m <sup>2</sup>	Zorgverzekering	+/+	zorgboulevard, zorgpark/ gezondheidspark
<i>Privéklinieken / ZBC's</i>	Tweedelijnszorg (planbare zorg)	1 of meer	Nabij centrum of aan uitvalswegen	1.000 – 7.500 m <sup>2</sup>	Privé / zorgverzekering	+/+	Bergman Clinics, Velthuis Kliniek, ZBC Dermatologie Amsterdam
<i>Buitenpolikliniek</i>	Tweedelijnszorg	Diverse medisch specialisten in loondienst	Nabij centrum of aan uitvalswegen	5.000 – 10.000 m <sup>2</sup>	Zorgverzekering	+/+	Buitenpolikliniek Waterlandziekenhuis, Westfries Gasthuis
<i>Ziekenhuis</i>	Tweedelijnszorg	Diverse medisch specialisten in loondienst	Van oudsher nabij centrum, tegenwoordig aan uitvalswegen	20.000 – 100.000 m <sup>2</sup>	Zorgverzekering	-/-	Algemene, specialistische en academische ziekenhuizen

Bron: eigen bewerking

#### 4.4 Conclusie

Door de huidige curatieve zorgconcepten in de eerste en tweedelijns te definiëren is antwoord gegeven op de derde deelvraag: “Welke huidige zorgconcepten zijn er in de curatieve gezondheidszorg te onderscheiden?”.

- In de eerstelijnsgezondheidszorg zijn *de reguliere praktijk, een groepspraktijk* en het *eerstelijnsgezondheidscentrum* te onderscheiden;
- Het *thematische gezondheidscentrum* en het *multidisciplinaire gezondheidscentrum* kunnen zowel eerste als tweedelijnsgezondheidszorg bieden;
- Tot de tweedelijnsgezondheidszorg behoren *privéklinieken, ZBC's, buitenpoliklinieken* en *ziekenhuizen*. Een ziekenhuis kan worden onderverdeeld naar algemeen, specialistisch of academisch ziekenhuis.

De onderscheiding naar curatieve zorgconcepten is een eigen geformuleerde definiëring. Het zou kunnen dat er ook andere curatieve zorgconcepten bestaan in Nederland, maar dat deze niet achterhaald zijn. Het is dus mogelijk dat de gehanteerde indeling niet volledig is.

De huidige curatieve zorgconcepten in Nederland zijn besproken. In hoofdstuk 5 zal worden bekeken of de in andere Europese landen toegepaste curatieve zorgconcepten wellicht interessante kansen bieden voor Nederland.

## 5. Curatieve zorgconcepten in Europa

### 5.1 Inleiding

Zorgconcepten die in andere Europese landen worden toegepast kunnen mogelijkheden bieden voor toekomstige curatieve zorgconcepten in Nederland. In dit hoofdstuk staat deelvraag 4 centraal: *“Welke toegepaste curatieve zorgconcepten in andere Europese landen bieden interessante kansen voor toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in Nederland?”* Er zal gekeken worden naar Europese landen met een vergelijkbare demografische opbouw als Nederland, dit zijn Duitsland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Zweden. Voor de toelichting op de keuze van de landen wordt verwezen naar bijlage 1. De demografische ontwikkelingen in een land zijn bepalend voor het aanbod van en de vraag naar zorg. Hoewel de landen over min of meer dezelfde demografische gegevens beschikken, zijn bepaalde ontwikkelingen in het ene land sterker zichtbaar dan in het andere land. De landen die in demografisch opzicht voorlopen op Nederland kunnen als voorbeeld dienen. Nederland kan leren van succesvolle toegepaste curatieve zorgconcepten in andere Europese landen en deze eventueel gedeeltelijk of geheel implementeren in Nederland.

Er zijn verscheidende publicaties geraadpleegd waarin gedetailleerde beschrijvingen worden gegeven van zorgstelsels in Europese landen. De financiering van de gezondheidszorg, de verhouding publiek-privaat, de curatieve zorgconcepten en de specialisatiegraad zullen aan bod komen. De kengetallen, zoals behandeld in het voorgaande hoofdstuk, zijn niet achterhaald voor de zorgconcepten in andere Europese landen. Er zal wel worden ingegaan op het aantal huisartsen en ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners om een indruk te kunnen geven van de omvang van de gezondheidszorg. Om te bepalen of er sprake is van een kwaliteitsverschil tussen de zorgstelsels is gebruik gemaakt van de EuroHealth Consumer Index (EHCI). De EHCI wordt jaarlijks opgesteld en is een prestatie gerelateerde vergelijking van zorgstelsels. De ranglijst wordt opgesteld aan de hand van een zestal die belangrijk zijn voor de patiënt; patiëntenrechten en –informatie, IT toepassingen in de zorg, de wachttijden voor behandeling, de medische resultaten die worden behaald, de omvang en het bereik van de gezondheidszorg en de verkrijgbaarheid van geneesmiddelen. Binnen iedere categorie worden de onderzochte landen beoordeeld op een aantal gewogen subcategorieën. In bijlage 2 wordt per land een omschrijving gegeven van het zorgstelsel en de toegepaste zorgconcepten. In bijlage 3 staat de EHCI 2009 opgenomen.

De conclusies in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de gevonden en bestudeerde literatuur. De publicaties zijn afkomstig uit verschillende jaren, dit maakt dat voor bepaalde landen recentere informatie beschikbaar is. Het kan dus zijn dat nieuwe ontwikkelingen in zorgconcepten in een aantal landen wellicht niet achterhaald zijn. De Europese zorgconcepten die in dit hoofdstuk worden besproken zijn dus mogelijk niet volledig. Gezien de taalbarrière zijn alleen Nederlands- of Engelstalige publicaties bestudeerd.

In paragraaf 5.2 staat een samenvattend overzicht van de Europese zorgstelsels en zorgconcepten. In paragraaf 5.3 volgt de conclusie en in paragraaf 5.4 de hypothesen voor het empirisch onderzoek.

## 5.2 Overzicht Europese zorgstelsels en zorgconcepten

In onderstaand figuur wordt een samenvattend overzicht gegeven van de Europese zorgstelsels en de daarbij toegepaste zorgconcepten.

Figuur 5.2: Overzicht zorgstelsels

	<b>Nederland</b>	<b>Duitsland</b>	<b>Frankrijk</b>	<b>Verenigd Koninkrijk</b>	<b>Denemarken</b>	<b>Zweden</b>
<i>Financiering van de gezondheidszorg</i>	Sociale en particuliere verzekering	Overwegend sociale verzekeringen	Algemene belastingen	Algemene belastingen	Algemene belastingen	Algemene belastingen
<i>Verhouding publiek – privaat eigendom</i>	Overwegend privaat eigendom	Publiek en privaat eigendom	Publiek en privaat eigendom	Overwegend publiek eigendom	Overwegend publiek eigendom	Overwegend publiek eigendom
<i>Kwaliteit van de gezondheidszorg (a.d.h.v. EHCI)</i>	Sterk punt: patiëntenrechten en –informatie  Zwak punt: wachttijden voor behandeling	Sterk punt: wachttijden voor behandeling  Zwak punt: IT toepassingen	Sterk punt: wachttijden voor behandeling  Zwak punt: IT toepassingen	Sterk punt: omvang en bereikbaarheid zorg  Zwak punt: wachttijden voor behandeling	Sterk punt: patiëntenrechten en –informatie  Zwak punt: wachttijden voor behandeling	Sterk punt:: medische resultaten  Zwak punt: wachttijden voor behandeling
<i>Aantal huisartsen per 1.000 inwoners</i>	3,9 (2007)	3,6 (2008)	3,3 (2008)	2,6 (2008)	3,4 (2007)	3,6 (2006)
<i>Aantal curatieve ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners</i>	2,9 (2008)	5,7 (2008)	3,5 (2008)	2,7 (2008)	3,0 (2008)	2,2 (2005)
<i>Zorgconcepten in de eerstelij</i>	- Reguliere praktijken - Groepspraktijken - Gezondheidscentra - Thematische of multidisciplinaire gezondheidscentra	- Reguliere praktijken - Groepspraktijken - Gezondheidscentra (poliklinisch)	- Reguliere praktijken - Groepspraktijken - Gezondheidscentra	- Reguliere praktijken - Groepspraktijken - Inloopcentra - Gezondheidscentra - Anderhalfflijnsklinieken	- Reguliere praktijken - Groepspraktijken	- Reguliere praktijken - Gezondheidscentra
<i>Zorgconcepten in de tweedelij</i>	- Privéklinieken/ZBC - Buitenpoliklinieken - Alg. ziekenhuizen - Spec. ziekenhuizen - Academische ziekenhuizen	- Privéklinieken/zkhs - Alg. ziekenhuizen - Academische ziekenhuizen	- Privéklinieken/zkhs - Lokale ziekenhuizen - Alg. ziekenhuizen - Spec. ziekenhuizen - Regionale ziekenhuizen	- Privéklinieken/zkhs - Lokale ziekenhuizen - Alg. ziekenhuizen - Regionale ziekenhuizen	- Privéklinieken/zkhs - Alg. ziekenhuizen - Spec. ziekenhuizen - Academische ziekenhuizen - 'Superziekenhuizen'	- Privéklinieken/zkhs - Lokale ziekenhuizen - Streekziekenhuizen - Regionale ziekenhuizen

Bron: eigen bewerking

### 5.3 Conclusie

Op basis van de analyse naar zorgstelsels van andere Europese landen en de bijhorende zorgconcepten in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- De financiering van de gezondheidszorg varieert tussen de landen, dit weerspiegelt de verscheidenheid van de zorgstelsels. Ook de verhouding van publiek en privaat eigendom verschilt;
- De kwaliteit van de gezondheidszorg in de onderzochte landen kan afgeleid worden van de EHCI. Met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk eindigen de landen redelijk hoog in de ranglijst. Toch is er sprake van enig kwaliteitsverschil tussen de zorgstelsels, elk zorgstelsel kent haar sterke en zwakke punten. In Nederland en Denemarken zijn goede voorzieningen getroffen voor patiëntenrechten en –informatie en Zweden behaalt de beste medische resultaten van alle Europese landen. Opvallend is dat Duitsland en Frankrijk vrijwel geen wachttijden kennen voor een behandeling door een specialist, dit is in de overige landen juist een zwak punt van het zorgstelsel;
- Het aantal huisartsen per 1.000 inwoners ligt in de landen op ongeveer hetzelfde niveau, met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk dat een lager aantal kent. Opmerkelijk is dat Duitsland een aanzienlijk hoger en Zweden een lager aantal curatieve ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners kennen in vergelijking met de andere landen. Wellicht verklaard dit ook waarom Duitsland vrijwel geen wachttijden kent;
- In de eerstelijnsgezondheidszorg kennen de landen diverse zorgconcepten. De reguliere praktijk, de groepspraktijk en de lokale gezondheidscentra worden in zowel Nederland, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk toegepast. Denemarken kent de reguliere praktijk en de groepspraktijk wel, maar geen gezondheidscentrum. Zweden daarentegen kent alleen de reguliere praktijk en het gezondheidscentrum. In het Verenigd Koninkrijk zijn een tweetal concepten die in geen van de andere landen worden gebruikt; de inloopcentra en de anderhalfflijnsklinieken. Ook de thematische en multidisciplinaire gezondheidscentra zoals we in Nederland kennen, lijken niet te worden toegepast in de andere Europese landen;
- Hoewel er verschillende typologieën worden gehanteerd voor de zorgconcepten in de tweedelijnsgezondheidszorg, worden in de onderzochte landen ongeveer gelijke zorgconcepten toegepast. Er is wel sprake van enig verschil in het specialisatie niveau. De landen kennen allemaal algemene en regionale dan wel academische ziekenhuizen. Het Verenigd Koninkrijk en Zweden kennen daarnaast kleinere lokale ziekenhuizen. Alleen Nederland, Frankrijk en Denemarken kennen verder ook specialistische ziekenhuizen. Denemarken wil zich bovendien nog meer specialiseren door de bouw van zogenoemde ‘superziekenhuizen’. De buitenpoliklinieken zoals die in Nederland worden toegepast lijken in de andere landen niet te bestaan, hoewel deze wellicht vergeleken kunnen worden met de poliklinische gezondheidscentra in Duitsland;
- In de onderzochte landen wordt de gezondheidszorg ook bediend door de private sector. Elk land kent verscheidende privéklinieken en -ziekenhuizen. De private for profit sector is in Duitsland echter beter ontwikkeld dan in de andere landen.



Er kan antwoord worden gegeven op de vierde deelvraag: *“Welke in andere Europese landen toegepaste curatieve zorgconcepten bieden interessante kansen voor toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in Nederland?”*.

De inloopcentra uit het Verenigd Koninkrijk kan een interessante kans zijn voor toekomstige zorgconcepten in Nederland. Het inloopcentrum zou de taak van de huisarts kunnen verlichten. Daarnaast zal er volgens De Bakker et al. (2005) in de eerstelijns een tekort ontstaan aan huisartsen, het inloopcentrum biedt eventueel een alternatief voor het toekomstig tekort aan huisartsen. Ook de anderhalflijnsklinieken bieden wellicht toekomstige kansen. In Nederland is echter een toename zichtbaar van het aantal gezondheidscentra en buitenpoliklinieken welke ook onderdelen van tweedelijnszorg kunnen bieden. De vraag is of er in Nederland plaats is voor de anderhalflijnsklinieken en of deze klinieken iets toe zullen voegen aan de bestaande concepten in de curatieve gezondheidszorg.

Hoewel Nederland, Frankrijk en Denemarken een hoger specialisatie niveau in ziekenhuizen kennen dan in de andere onderzochte landen, kan Nederland wellicht iets leren van de Deense ‘superziekenhuizen’ om haar eigen specialismen te kunnen verhogen.

Een zwak punt van de Nederlandse gezondheidszorg zijn de wachttijden die gelden voor behandelingen. Duitsland en Frankrijk kennen als enige van de onderzochte landen vrijwel geen wachttijden voor behandeling. Duitsland kent een hoger aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners, maar mogelijk komt dit ook doordat de private for-profit sector in Duitsland beter ontwikkeld is. Deze zorgaanbieders werken veelal efficiënter door de bedrijfsmatige aanpak. Het aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners ligt in Frankrijk niet zo hoog als in Duitsland, maar wel hoger dan in Nederland. Ook Frankrijk kent een private for-profit sector, deze is echter minder ontwikkeld dan in Duitsland. In Nederland neemt het aantal private for-profit aanbieders geleidelijk toe en ook door de invoering van marktwerking in de gezondheidszorg zullen zorgaanbieders gestimuleerd worden om efficiënter te werken. De wachttijden voor behandeling kunnen hierdoor in Nederland in de komende jaren wellicht korter worden. Björnberg et al. (2009) stelt daarnaast dat wachttijden voor behandeling door een specialist vooral lijken te bestaan in landen waarbij de huisarts fungeert als poortwachter. Nederland zou daarom de poortwachterfunctie van de huisarts moeten versoepelen om de wachttijden te kunnen verkorten. Bovendien kent Frankrijk een vrijwillige poortwachterfunctie en ook daar zijn de wachttijden voor behandeling korter.

Nederland kent een diversiteit aan zorgconcepten in zowel de eerste- als de tweedelijnszorg. De kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland wordt aan de hand van de EHCI ook relatief goed beoordeeld, hoewel de wachttijden voor behandelingen nog verbeterd zouden kunnen worden. De vraag blijft echter of de interessante Europese zorgconcepten de gezondheidszorg in Nederland zullen verrijken en de kwaliteit van de zorg verder zullen verbeteren.

## 5.4 Hypothesen

In de voorgaande hoofdstukken is ingegaan op het theoretisch kader en zijn de ontwikkelingen in de curatieve gezondheidszorg in kaart gebracht. Ook zijn de huidige curatieve zorgconcepten in Nederland als in Europa behandeld. Op basis hiervan kunnen een aantal hypothesen worden gesteld over het succes van huidige en toekomstige zorgconcepten. De hypothesen zullen tijdens de interviews worden voorgelegd aan de deskundigen.

### *Hypothese 1*

De behoeften van de patiënt en de kwaliteit van de zorg zullen een steeds grotere rol gaan spelen binnen de curatieve gezondheidszorg. De patiënt wordt kritischer, wenst keuzevrijheid en zal daardoor hogere eisen stellen aan de zorg. Het onderscheid naar zorgaanbieders zal groter worden door het ontstaan van marktwerking in de zorg. Ook zal er in de gezondheidszorg meer vanuit de vraag ontwikkeld worden.

### *Hypothese 2*

In de curatieve gezondheidszorg zal samenwerking op steeds grotere schaal gaan plaatsvinden. Zorgaanbieders zullen steeds meer gaan samenwerken om de efficiency in de zorg te vergroten en ook om de kosten laag te kunnen houden. Het aantal samenwerkende en/of bij elkaar gehuisveste zorgaanbieders zal aanzienlijk toenemen met als gevolg dat de ruimtelijke spreiding van de gezondheidszorg in Nederland zal veranderen.

### *Hypothese 3*

De demografische ontwikkelingen in Nederland leiden tot een sterke toename in de vraag naar zorg, maar ook tot een andere vraag naar zorg. De toename van de zorgvraag gaat echter gepaard met een efficiënter gebruik van het zorgaanbod. In de eerstelijnsgezondheidszorg zal de ruimtebehoefte daarom waarschijnlijk verschuiven door minder solopraktijken en meer groepspraktijken en gezondheidscentra en in de tweedelijnsgezondheidszorg door minder ziekenhuizen en meer buitenpoliklinieken, privéklinieken en ZBC's. Kortom, er is eerder sprake van herverdeling van de ruimte dan van groei of afname. De vergrijzing noch de marktwerking hebben daarop invloed.

### *Hypothese 4*

Het is aannemelijk dat het toekomstig ontwerp en gebruik van zorgvastgoed zal veranderen. Er zal kleinschaliger gebouwd worden om overtollige vierkante meters tegen te gaan. Daarnaast zal er wellicht ook flexibel of multifunctioneel gebouwd gaan worden om een gebouw mee te kunnen laten bewegen met veranderende zorgconcepten en hierop aan te kunnen passen.

In hoofdstuk 6 zal de methode van onderzoek worden toegelicht.

## **6. Methodologie**

### **6.1 Inleiding**

De voorgaande hoofdstukken, gebaseerd op literatuurstudie, vormen het achtergrondkader voor het empirisch onderzoek. In dit hoofdstuk wordt de methodologische onderbouwing gegeven. Er zal in worden gegaan op de onderzoeksstrategie, de onderzoeksopzet en de onderzoeksmethode. Ook zal de opbouw van de interviews, de selectie van de respondenten, de kwaliteit van de interviews en de dataverwerkingsmethode worden toegelicht.

### **6.2 Onderzoeksstrategie**

Een onderzoeksstrategie biedt een algemene oriëntatie tijdens het uitvoeren van het onderzoek. Een onderzoekstrategie kan van kwalitatieve- of kwantitatieve aard zijn. Bryman (2004) stelt dat dit onderscheid is gemaakt omdat *“it represents a useful means of classifying different methods of social research and because it is a helpful umbrella for a range of issues concerned with the practice of social research”*. Dit onderzoek behelst een kwalitatief onderzoek, om de vraagstelling te kunnen beantwoorden wordt getracht te achterhalen op basis van de kennis en/of ervaring van deskundigen welke toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in de curatieve gezondheidszorg in Nederland te verwachten zijn. Het onderzoek is niet gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens.

### **6.3 Onderzoeksopzet**

Baarda, De Goede en Teunissen (2009) onderscheiden de belangrijkste kwalitatieve onderzoeksopzetten, dit zijn de casestudy, de survey en het veldexperiment. De onderzoeksopzet voor dit onderzoek is de survey. Door middel van een kwalitatief survey kan een overzicht of inventarisatie gemaakt worden van de onderzoeksverschijnselen. In een survey worden de bestaande opvattingen van personen beschreven, en/of de diversiteit daarin en/of de reikwijdte daarvan. De survey is geschikt om ideeën over, ervaringen met en reflecties over het verleden, heden en toekomst te beschrijven (Baarda, De Goede en Teunissen, 2009). Op basis van uitspraken kan een beeld worden geschetst van de perspectieven over de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten.

### **6.4 Onderzoeksmethode**

Een onderzoeksmethode is de manier waarop data worden verzameld. De meest gebruikte dataverzamelmethode voor kwalitatief onderzoek zijn bestaande documenten, open en topicinterviews en participerende observatie (Baarda, De Goede en Teunissen, 2009). Bij de keuze van de onderzoeksmethode spelen de randvoorwaarden waarbinnen het onderzoek zich afspeelt zoals tijd, geld en de beschikbaarheid van mensen ook een rol (Van der Velde, et al., 2000). Als onderzoeksmethode voor dit onderzoek is gekozen voor het houden van interviews. Het interview is volgens Baarda en De Goede (2006) de aangewezen methode van onderzoek als informatie vergaard moet worden die niet voorhanden is en wanneer het om kennis, houdingen, attitudes of opinies gaat. Het is voor dit onderzoek van belang dat deskundigen vanuit verschillende disciplines binnen de zorg hun visie kenbaar maken, zo zal er een veelzijdig beeld kunnen ontstaan over de toekomstige huisvestingsconcepten in de curatieve gezondheidszorg. Flowerdew en Martin (2005) noemen de voordelen van het

houden van interviews: *“it is sensitive and people-oriented, allowing interviewees to construct their own accounts of their experiences by describing and explaining their lives in their own words. In the course of the interview, researchers have the chance to go back over the same ground, asking the same questions in different ways in order to explore issues thoroughly; and interviews can explain the complexities and contradictions of their experience. The material generated in this way is rich, detailed and multi-layered.”* Een interview biedt daarnaast de mogelijkheid om bij een gegeven antwoord direct door te vragen, het risico van misinterpretatie is beperkt en er is weinig non-respons (Baarda en De Goede, 2006). Een nadeel van het interview is echter dat het lastig kan zijn om afspraken te maken met de juiste personen, dit kan veel tijd en geld kosten. Een ander nadeel is volgens Baarda en De Goede (2006) dat de verkregen informatie niet altijd betrouwbaar is, mensen zijn zich niet altijd bewust (van de motieven) van hun gedrag.

## **6.5 Het interview**

Verhoeven (2007) onderscheidt drie basisvormen voor het interview; ongestructureerd, halfgestructureerd en gestructureerd. In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van het halfgestructureerde interview. Bij dit type interview wordt een vragenlijst gehanteerd, maar er is *“alle ruimte voor de eigen inbreng van de respondent. De onderzoeker stelt zich flexibel op en speelt in op de situatie”* (Verhoeven, 2007 pag. 126). Er is dus voldoende ruimte om de toekomstige huisvestingsconcepten te bespreken. Omdat het interview gaat over een afgebakend, specifiek onderwerp krijgen de interviews het karakter van een focused interview (Baarda, De Goede en Teunissen, 2009).

Interviewen is een vorm van mondelinge dataverzameling. In dit onderzoek zullen gegevens worden verzameld door middel van een face-to-face gesprek. De respondenten zullen individueel geïnterviewd worden. De belangen van de respondenten verschillen en bij een groepsgesprek bestaat het risico dat respondenten zich laten beïnvloeden door groepsgenoten. Er zal geprobeerd worden om zo weinig mogelijk invloed uit te oefenen op de antwoorden van de respondenten. De interviews zullen daarom op kantoor bij de respondenten worden gehouden, de respondenten voelen zich dan op hun gemak en kunnen vrijuit spreken. Daarnaast zal geprobeerd worden om de respondenten zoveel mogelijk de gelegenheid te geven om hun eigen antwoorden te formuleren en de vragen zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de specifieke kennis die zij bezitten. In verband met de randvoorwaarde ‘tijd’ binnen dit onderzoek, zal aan de respondenten ook de mogelijkheid worden geboden om het interview telefonisch af te nemen, hoewel dit niet de voorkeur heeft.

De onderzoeker moet tijdens het interview luisteren, schrijven, antwoorden evalueren en eventueel doorvragen (Van der Velde, 2000). Er wordt daarom gebruik gemaakt van een recorder om het interview gemakkelijker en objectiever te maken. Er zal hiervoor toestemming worden gevraagd aan de respondenten aan het begin van het interview. Door het gebruik van een recorder wordt de betrouwbaarheid van de gegevens vergroot (Baarda, De Goede en Teunissen, 2009). Na afloop van het interview kunnen de aantekeningen worden gecontroleerd. Ook zijn verklaringen of uitspraken eenvoudig terug te vinden. De interviews worden uitgeschreven, maar niet bij het onderzoek opgenomen in verband met de privacy van de respondenten. In dit onderzoek worden de gegevens van de respondenten anoniem gehouden.

Het interview is opgebouwd uit drie delen. Allereerst stellen de onderzoeker en de respondent zich aan elkaar voor en volgt een korte introductie van het onderzoek. Vervolgens zullen de vragen aan de respondent gesteld worden. De eerste vraag gaat in op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De respondent krijgt een overzicht voorgelegd van de recente ontwikkelingen die in hoofdstuk 3 zijn behandeld. In de overige vragen zijn de hypothesen die in hoofdstuk 5 zijn gesteld opgenomen. Hypothese 1 en 2 zijn in de tweede resp. derde vraag verwerkt waarbij de visie van de respondent wordt gevraagd. Hypothese 3 wordt in vraag 4 in de vorm van stellingen aan de respondent voorgelegd. De respondent kan hierbij aangeven welk scenario resp. trend hij/zij het meest waarschijnlijk acht qua toekomstige ontwikkeling van de curatieve zorgconcepten. In de laatste vraag is hypothese 4 verwerkt. Tevens zal door deze vraag antwoord kunnen worden gegeven op deelvraag 5. Het interview kent een afsluiting om ervoor te zorgen dat de respondent een goed gevoel aan het interview overhoudt. De vragenlijst bij het interview staat in bijlage 4 opgenomen. Naast de vragenlijst zal ook gebruik worden gemaakt van een lijstje met gesprekspunten en suggesties voor het doorvragen. De interviews zijn afgenomen in de periode maart-april 2011. Als tijdsbestek van de interviews is uitgegaan van een uur tot anderhalf uur.

Het komen tot bevestiging of ontkrachting van een hypothese moet vooraf duidelijk zijn. De opgestelde hypothesen zullen bevestigd worden wanneer minimaal 70 procent van de respondenten (15 of meer) de hypothesen bekrachtigen. Ligt dit percentage lager, dan zullen de hypothesen worden verworpen. Vanzelfsprekend dienen nuances die hierbij door respondenten gemaakt zijn te worden benoemd. Er is bewust gekozen voor dit percentage, omdat 70 procent als redelijke ondergrens beschouwd wordt.

## **6.6 Respondenten**

Er zullen deskundigen worden geïnterviewd afkomstig uit verschillende disciplines binnen de curatieve gezondheidszorg om zoveel mogelijk inzicht en kennis te verzamelen. Er zijn zorgaanbieders en brancheverenigingen in de eerste- en de tweedelijnsgezondheidszorg benaderd, maar ook zorgverzekeraars, adviseurs en ontwikkelaars in de gezondheidszorg, banken en overheidsinstellingen. Er zijn minimaal twee partijen per belangengroep benaderd. Bij een kwalitatief onderzoek gaat het volgens Baarda, De Goede en Teunissen (2009) niet om de hoeveelheid respondenten maar om de kwaliteit ervan. Het vereiste voor het benaderen van deskundigen is dat de potentiële respondent affiniteit heeft met de te verwachten toekomstige curatieve zorgconcepten. De verwachting is dat de respondenten een bijdrage kunnen leveren aan dit onderzoek, er is veel kennis aanwezig bij de respondenten over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en welke gevolgen deze zullen hebben voor de organisatie waarin zij werkzaam zijn. Daarnaast is het aannemelijk dat de respondenten een visie hebben over de toekomstige huisvesting van de curatieve zorg. De verscheidenheid aan disciplines leidt tot een representatieve groep respondenten. Er zal een beeld kunnen worden geschetst van de verschillende visies die er zijn, de respondenten hebben vanuit hun discipline verschillende belangen en doelen en deze beïnvloeden hun visie en mening. Bij de samenstelling van de respondenten is onder ander gebruik gemaakt van het sociaal netwerk van ABZV. Gezien het onderzoeksonderwerp konden zo adequaat mogelijke respondenten benaderd worden. In tabel 6.1 worden de respondenten, inclusief hun disciplines, weergegeven.

Tabel 6.1: Respondenten

	<b>Functie</b>	<b>Bedrijf/Instelling</b>
1.	Huisarts	Eerstelijnszorgaanbieder (huisartsenpraktijk)
2.	Apotheker	Eerstelijnszorgaanbieder (apotheek)
3.	Coördinator	Brancheorganisatie huisartsen
4.	Beleidscoördinator	Brancheorganisatie apothekers
5.	Senior adviseur	Organisatie ter ondersteuning van de eerstelijns
6.	Lid Raad van Bestuur	Tweedelijnszorgaanbieder (ziekenhuis)
7.	Beleidsadviseur RvB	Tweedelijnszorgaanbieder (ziekenhuis)
8.	Beleidsadviseur Zorg	Brancheorganisatie ziekenhuizen
9.	Directeur	Organisatie ter ondersteuning bij oprichting van zelfstandige klinieken
10.	Afdelingshoofd vastgoedstrategie	Organisatie ter ondersteuning bij bouwen in de zorg
11.	Vastgoedadviseur	Advies/makelaarsorganisatie zorgvastgoed
12.	Directeur	Adviesbureau zorgvastgoed
13.	Directeur	Adviesbureau vastgoedstrategieën
14.	Contractmanager	Zorgverzekeraar
15.	Projectleider	Zorgverzekeraar
16.	Projectmanager	Gemeente
17.	Afdelingshoofd curatieve zorg	Ministerie VWS
18.	Ontwikkelingsmanager	Ontwikkelaar/bouwbedrijf
19.	Directeur	Ontwikkelaar/bouwbedrijf
20.	Sector banker zorg	Bank
21.	Directeur gezondheidszorg	Bank

De respondenten hebben vrijwel alle vragen beantwoord. Alleen heeft niet elke respondent antwoord gegeven op de stellingen wegens een beperkt inzicht op het gevraagde. Dit heeft zich verscheidende keren voorgedaan bij de stelling over de toekomstige ontwikkeling van ZBC's en privéklinieken. Verder heeft een aantal respondenten geen keuze gemaakt tussen de antwoordmogelijkheden bij de stellingen, maar alleen een indicatie van de richting van de ontwikkeling. Het is opgevallen dat een ontwikkelaar over beduidend minder kennis beschikt dan de overige respondenten. De ontwikkelaar heeft op het merendeel van de vragen geen antwoord kunnen geven. De gemeentelijk vertegenwoordiger heeft bij aanvang van het interview aangegeven over minder kennis te beschikken, desondanks heeft zij alle vragen kunnen beantwoorden.

Hoewel er gesproken is met een organisatie die ondersteuning biedt bij de oprichting van zelfstandige klinieken, is er niet gesproken met een ZBC of privékliniek. Potentiële respondenten die benaderd zijn, wilden geen medewerking verlenen aan het onderzoek om uiteenlopende redenen. Dit is teleurstellend, omdat hierdoor mogelijk belangrijke kennis achterwege blijft.

## 6.7 Kwaliteit interview

De kwaliteit van de interviews wordt vergroot als betrouwbaarheid en geldigheid wordt nagestreefd.

### 6.7.1 Betrouwbaarheid

*“Betrouwbaarheid vormt een indicatie van de mate waarin onderzoeksresultaten onafhankelijk zijn van toeval”* (Baarda, De Goede en Teunissen, 2009 pag. 196). Replicatieonderzoek moet in kwantitatief onderzoek dezelfde resultaten opleveren. Voor kwalitatief onderzoek ligt dit anders. Kwalitatief onderzoek is meestal voor een deel afhankelijk van toeval(igheden) en de onderzoeker staat hier in principe ook open voor. Het toeval ligt bij kwalitatief onderzoek onder meer in de keuze van situatie, locatie, respondent en informant, maar vooral ook in de onderzoeker zelf (Baarda, De Goede en Teunissen, 2009). Voor kwalitatief onderzoek geldt dat de onderzoeksresultaten controleerbaar en inzichtelijk zijn. Er zal daarom een logboek worden bijgehouden en regelmatig overleg gepleegd worden met de onderzoekbegeleiders. Om geheugenverstoreningen tegen te gaan zullen de bevindingen zo snel mogelijk worden uitgeschreven en vastgelegd.

### 6.7.2 Geldigheid

Geldigheid heeft betrekking op de juistheid van de onderzoeksresultaten. Geldigheid wordt bepaald door de manier waarop de gegevens zijn verzameld, de plekken waar en de tijdstippen waarop dat is gedaan (Baarda, De Goede en Teunissen, 2009). Er worden drie vormen van geldigheid onderscheiden: de interne geldigheid, de externe geldigheid en de dataverzamelingsgeldigheid. De interne geldigheid hangt samen met de keuze van de onderzoeksopzet. Met andere woorden, is de gekozen onderzoeksopzet de meest geschikte om een geldig antwoord te vinden op de vraagstelling. Dit wordt in paragraaf 6.2 en 6.3 toegelicht. Bij externe geldigheid gaat het erom dat de onderzoeksresultaten overdraagbaar zijn op vergelijkbare of overeenkomstige situaties, die in feite niet zijn onderzocht. Naarmate de resultaten makkelijker zijn over te dragen, hebben de onderzoeksconclusies een grotere reikwijdte. Dit is te bereiken door het vaststellen van de relevante kenmerken of criteria waarop die vergelijkbaarheid moet worden vastgesteld, die de keuze voor de situaties, locaties, groepen en respondenten bepalen (Baarda, De Goede en Teunissen, 2009). De kenmerken van curatieve zorgconcepten zijn divers, waardoor het lastig is de criteria vast te stellen waarop vergelijkbaarheid mogelijk is. Zorgconcepten kunnen onder andere verschillen in type zorg, aantal aanbieders, locatie en grootte. In dit onderzoek is de onderzoekseenheid niet een situatie of locatie, noch een groep of categorie personen, maar meerdere individuen, ofwel respondenten. De keuze van de respondenten wordt in paragraaf 6.6 toegelicht. De geldigheid hangt ook af van de wijze van dataverzameling. Door gebruik te maken van verschillende methoden is de kans op het vinden van geldige resultaten het grootst (Baarda, De Goede en Teunissen, 2009). Gezien de randvoorwaarden waarbinnen het onderzoek zich afspeelt (tijd en geld) is het vrijwel niet mogelijk om meerdere methoden naast elkaar toe te passen. Om de onderzoeksresultaten te kunnen controleren zullen deze worden voorgelegd aan betrokkenen uit het veld, waaronder de onderzoekbegeleiders.

## 6.8 Dataverwerkingsmethode

Nadat de interviews gehouden zijn zullen deze zo snel mogelijk uitgetypt worden zodat details niet worden vergeten en de kans op subjectiviteit en vertekening het minst groot is. De gegevensanalyse vindt plaats door de informatie uit de gesprekken terug te koppelen aan de theorie.

In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van het empirisch onderzoek behandeld.

## 7. Resultaten empirisch onderzoek

### 7.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 6 is beschreven heeft het empirisch onderzoek plaatsgevonden in de vorm van kwalitatief onderzoek. De gekozen methode van datacollectie is de survey, oftewel het houden van interviews. In dit hoofdstuk is gekomen tot een samenvattende verwoording van de uit de interviews geresulteerde informatie en kennis. Hierbij is zoveel mogelijk toegewerkt naar concrete constatering en conclusies. In paragraaf 7.2 zal eerst ingegaan worden op de aanvullingen die door respondenten zijn gegeven op het overzicht van de recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg. In de paragrafen 7.3 t/m 7.6 zal getoetst worden of de hypothesen houdbaar zijn of verworpen dienen te worden. Tenslotte zal in paragraaf 7.7 antwoord worden gegeven op de vijfde en zesde deelvraag: *“Welke toekomstige (nieuwe) zorgconcepten zijn er te verwachten in de curatieve gezondheidszorg en wat is de ruimtelijke vertaling daarvan?”* en *“In hoeverre komen de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten overeen met de kernelementen van de bestaande locatietheorieën of wijken zij daarvan af en zo ja, in welk opzicht?”*.

### 7.2 Aanvullingen op hoofdstuk 3

Het eerste deel van het interview had betrekking op de recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Er is de respondenten een overzicht (zie bijlage 4: Vragenlijst interview) voorgelegd waarbij de volgende vragen zijn gesteld:

- *Is het overzicht van de recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg compleet?  
Zo niet, wat zou u er aan willen toevoegen?*
- *Hebben de ontwikkelingen gevolgen gehad voor uw organisatie?  
Zo ja, welke gevolgen?*
- *Zijn alle ontwikkelingen even belangrijk voor uw organisatie of valt er een rangorde in aan te brengen?*

Per onderscheiden ontwikkeling zullen de eventuele toevoeging(en) aan het overzicht worden besproken. Tot slot volgt een conclusie.

#### 7.2.1 Wet- en regelgeving

Nagenoeg alle respondenten stellen doordat nog niet duidelijk is hoe de integrale bekostiging er exact uit zal komen te zien, er een bepaalde afwachtendheid heerst bij zorgaanbieders om te investeren in vastgoed. Daarentegen wordt ook gesteld dat dit niet voor elke zorgaanbieder geldt. Volgens een ontwikkelaar is er een duidelijke terughoudendheid geweest één tot anderhalf jaar geleden. Dit was van tijdelijke aard, er worden weer investeringen gedaan en diverse plannen zijn verder in ontwikkeling genomen. Zorgaanbieders hebben enige tijd nodig gehad om de omslag te kunnen maken in het anders denken over vastgoed.

De banken geven aan dat zij als nieuwe tegenkracht worden gezien. Bij zorgaanbieders is het besef gekomen dat zij niet meer risicoloos kunnen investeren en worden ook geconfronteerd met het feit dat het niet meer zo makkelijk is om financiële middelen los te krijgen. Volgens een bank ligt de kwaliteit die geleverd moet worden als het gaat om een



businessplan alsook de eisen aan het businessplan resp. kredietaanvraag die gesteld worden steeds hoger. Een tweedelijnszorgaanbieder veronderstelt dat juist de banken een afwachtende houding aannemen doordat zij, mede door de kredietcrisis, er zeker van moeten zijn dat zij hun leningen terugbetaald krijgen.

Naast de integrale prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking noemt een aantal respondenten (eerstelijns en overheid) dat de ontwikkeling van ketenzorg ook van belang is. Met ketenzorg wordt bedoeld dat zorg wordt verleend door verschillende zorgaanbieders die als schakels in een keten onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Het is een samenwerkingsverband tussen partijen die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren. Ketenzorg wordt gezien als een organisatie-model waarmee de zorgverlening voor met name chronische patiënten kan worden verbeterd. Hoe de ontwikkeling van ketenzorg zal uitpakken is onduidelijk, ook welke betekenis dit heeft voor de huisvesting.

### **7.2.2 Demografische ontwikkelingen**

Dat de toekomstige vraag naar zorg sterk zal stijgen bevestigen alle respondenten. Een zorgverzekeraar geeft echter aan dat uit onderzoek blijkt dat de zorgvraag niet stijgt door demografische ontwikkelingen, maar juist door epidemiologische ontwikkelingen (toename in het aantal chronisch zieken), technologische ontwikkelingen (nieuwe behandelmethoden) en culturele veranderingen (de behoefte om de zorgvraag te laten 'vervullen'). Een bank noemt dat hoewel de zorgvraag in het algemeen toeneemt, er ook sprake is van een afname in bepaalde regio's in Nederland (zoals in Zuid-Limburg en Noordoost-Groningen). Verder geven verscheidende respondenten (adviseur, eerstelijns, overheid) aan dat het ontstaan van een andere zorgvraag ook opgevat zou kunnen worden door het toenemend aantal allochtonen in Nederland. Allochtonen hebben veelal andere ziektebeelden en stellen ook andere eisen aan de gezondheidszorg (en dat verandert blijkbaar geleidelijk).

### **7.2.3 Maatschappelijke ontwikkelingen**

Een eerstelijnszorgaanbieder geeft aan dat er geen verschuiving van genezing naar preventie plaatsvindt, maar dat preventie steeds belangrijker wordt in de gezondheidszorg. Er is meer aandacht voor preventie, alleen wordt volgens vrijwel alle respondenten hier nog geen gevolg aan gegeven. Dit komt, zo stelt een eerstelijnszorgaanbieder, omdat het niet makkelijk is om preventie te organiseren en te financieren. Bij preventie wordt voorkomen dat iemand ziek wordt of ziekte wordt uitgesteld. In jaar x zou dat geld opleveren, terwijl de patiënt in datzelfde jaar misschien wel naar een andere zorgverzekeraar is overgestapt. Voor zorgverzekeraars is het dus lastig om te bepalen hoeveel zij (moeten) investeren in preventie en vragen zich dus ook af wat zij er daadwerkelijk mee op zullen schieten. Verder veronderstelt een zorgverzekeraar dat er een contradictie bestaat tussen keuzevrijheid en kwaliteit. De patiënt verwacht een hoge kwaliteit, maar wil de zorg nabij. Alleen kan niet in elk ziekenhuis dezelfde hoge kwaliteit zorg geboden worden. Een verzekeraar koopt zorg in op basis van kwaliteit en maakt dus keuzes om in bepaalde ziekenhuizen zorg te contracteren en in andere ziekenhuizen niet. Dan wordt echter geroepen dat dit de keuzevrijheid van de patiënt beperkt. Toch baseren veel patiënten hun keuze voor een zorgverzekeraar op de premie die betaald moet worden en wordt er nauwelijks gekeken naar de best geleverde kwaliteit van een zorgverzekeraar. Een eerstelijnszorgaanbieder stelt overigens dat de behoefte aan keuzevrijheid in de zorg anders werkt. Een patiënt is gedwongen patiënt en hoeft zich op dat gebied niet te onderscheiden. Een adviseur geeft

verder aan dat patiënten de moeite niet nemen om uit te zoeken bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht kunnen. Ook een eerstelijnszorgaanbieder stelt dat als de huisarts een patiënt doorverwijst naar een bepaalde specialist, omdat hij/zij daar een goede ervaring mee heeft, dan gaat de patiënt daar ook vanuit. Dit wordt echter deels tegengesproken door een ontwikkelaar en een overheidsinstelling. Zij stellen dat uit onderzoek blijkt dat een patiënt meer dan voorheen bereid is om een grotere afstand af te leggen en een bewustere keuze maakt voor een zorgaanbieder. Maar dit is wel afhankelijk van het type zorg. Voor eenvoudige zorg speelt nabijheid een rol, voor (hoog) complexe zorg wil de patiënt naar de beste zorgaanbieder en is dan ook bereid om verder te reizen. Bovendien is van belang hoe een patiënt de kwaliteit van zorg beoordeelt. Verscheidende respondenten (adviseur, eerstelijns, tweedelijns, overheid en zorgverzekeraar) geven aan dat een patiënt de servicegerichte kwaliteit beoordeelt, zoals de bejegening, en veelal niet de medische kwaliteit. Een patiënt kan de medische kwaliteit ook niet beoordelen, zo stelt een tweedelijnszorgaanbieder, omdat deze informatie vrijwel niet voor handen is. Volgens een overheidsinstelling zijn er allerlei initiatieven (zoals het project Zichtbare Zorg) om meer informatie beschikbaar te stellen en als deze informatie er is, zou een patiënt een bewustere keuze kunnen maken voor een bepaalde zorgaanbieder. Dit is echter afhankelijk van het type zorgpolis dat een patiënt heeft afgesloten bij een verzekeraar (er zijn polissen waarbij de patiënt geen vrije keuze voor een zorgaanbieder heeft).

De respondenten onderschrijven dat de patiënt meer dan voorheen naar het buitenland kan voor zorg. Het is echter in omvang gering en vooral zichtbaar in de grensgebieden.

#### **7.2.4 Marktontwikkelingen**

Nagenoeg alle respondenten stellen dat met name de zorgverzekeraar een andere rol heeft gekregen. Een zorgverzekeraar gaat meer risico lopen (afschaffing van het risicovereveningssysteem en vergroting van het B-segment) en zal daardoor selectief zorg inkopen en bewuster gaan sturen op kwaliteit. Hierin past ook de discussie die gaande is over concentratie en specialisatie van zorg die door het merendeel van de respondenten wordt genoemd (adviseur, bank, eerstelijns, tweedelijns, overheid en zorgverzekeraar). Hoog complexe zorg zou geconcentreerd moeten worden zodat een bepaald volume wordt behaald, er expertise opgebouwd kan worden en er ook een betere kwaliteit geboden kan worden. Mede door de invoering van marktwerking en het inkoopbeleid van verzekeraars, zo stelt een adviseur, zullen ziekenhuizen gedwongen worden om te bepalen welke behandelingen zij kwalitatief hoogwaardig kunnen leveren en waar dit niet het geval is zullen zij wellicht moeten stoppen met het leveren van die zorg. Een bank stelt dat dit ook geldt voor eenvoudige behandelingen, deze zorg kan in zelfstandige klinieken geboden worden.

Het ontstaan van ruimte voor commerciële aanbieders op de zorgmarkt is volgens een zorgverzekeraar een goede ontwikkeling, maar de zorg moet wel betaalbaar blijven. Dit zou voor een deel kunnen door commercie, er zit echter ook een andere kant aan. Een eerstelijnszorgaanbieder stelt dat het zorgaanbod de zorgvraag bepaalt. Door maar zorg aan te bieden kan het de pan uitrijzen. Er worden veel (poli)klinieken opgericht die inspelen op de onrust van patiënten, de vraag is of deze klinieken van toegevoegde waarde zijn. Daarnaast geeft een tweedelijnszorgaanbieder aan dat het veelal met beeldvorming te maken heeft. Zorgaanbieders willen zich onderscheiden van anderen om daarmee patiënten naar zich toe te trekken. Verder voorziet een andere tweedelijnszorgaanbieder dat nieuwe aanbieders de zorgmarkt zullen betreden, zoals buitenlandse partijen.

Dat er sprake is van schaalvergroting en schaalverkleining in de gezondheidszorg wordt door de respondenten bevestigd. Er vindt schaalvergroting plaats in de eerstelijns door de opkomst van groepspraktijken en gezondheidscentra. In de tweedelijns vinden er fusies plaats en worden samenwerkingsverbanden aangegaan. Een aantal respondenten (adviseur, eerstelijns, tweedelijns en overheid) geeft aan dat het besef is ontstaan dat door schaalvergroting de afstand tussen de zorgaanbieder en de patiënt groter wordt en er een tegenbeweging ontstaat van schaalverkleining, zoals de opkomst van zelfstandige klinieken (specialisten).

Er wordt door de respondenten ook gesproken over een andere marktontwikkeling, de verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerstelijns (de eenvoudige diagnostiek, zoals de echo en ECG). Dit wordt met name gestimuleerd door de overheid en zorgverzekeraars, omdat zorg in de eerstelijns goedkoper geboden kan worden.

### **7.2.5 Medisch-technologische ontwikkelingen**

Een bank en een tweedelijnszorgaanbieder stellen dat medisch-technologische ontwikkelingen kunnen leiden tot een relatieve afname van de zorgvraag. Door sneller en beter ziekten te behandelen kan er in een kortere tijd aan de zorgvraag worden voldaan. Toch geeft het merendeel van de respondenten (adviseur, eerstelijns, tweedelijns, ontwikkelaar, overheid en zorgverzekeraar) aan dat er meer ziekten gediagnosticeerd worden die ook behandeld kunnen worden wat leidt tot een relatieve toename van de zorgvraag.

### **7.2.6 Gevolgen ontwikkelingen voor de organisatie**

Aan de respondenten is tevens de vraag gesteld of de recente ontwikkelingen gevolgen hebben voor de eigen organisatie. Er is een aantal opmerkelijke antwoorden gegeven. Een tweedelijnszorgaanbieder geeft aan dat het nieuwe ziekenhuis dat zij ontwikkeld hebben eigenlijk al een achterhaald concept is. Het ziekenhuis is ontwikkeld vanuit het aanbod denken, er is van vijf ziekenhuizen één ziekenhuisorganisatie ontstaan. Het ziekenhuis krijgt het 'verwijf' dat zij een groot ziekenhuis hebben neergezet. Een zorgverzekeraar stelt dat zij steeds meer vanuit een gebiedsbenadering zijn gaan werken. Zij willen de zorg inkopen dat het gebied nodig heeft. Er worden partnerships aangegaan met zorgaanbieders, omdat zij een gezamenlijk doel hebben: de beste zorg voor de patiënt. Een aantal adviseurs en een ontwikkelaar geven aan bij gratie van de ontwikkelingen te bestaan, met name door de wetswijziging krijgen zij veel opdrachten binnen.

### **7.2.7 Rangorde ontwikkelingen**

Op de vraag of alle ontwikkelingen even belangrijk zijn en of er een rangorde in aan te brengen valt, zijn wisselende antwoorden gegeven. Een adviseur en een overheidsinstelling geven aan dat de ontwikkelingen integraal bekeken moeten worden, de ene ontwikkeling hangt samen met een andere ontwikkeling. Een tweetal andere respondenten (een bank en een overheidsinstelling) is van mening dat de demografische ontwikkelingen het belangrijkste zijn, omdat er geen grip is op deze ontwikkelingen worden maatregelen getroffen om hierop te kunnen anticiperen. Een zorgverzekeraar stelt echter dat de wet- en regelgeving het meest van belang is, de wetswijziging is de aanzet tot marktwerking en de gedachtegang over kwaliteit. Ook eerstelijns- en tweedelijnszorgaanbieders stellen dat de wet- en regelgeving de belangrijkste ontwikkeling is, omdat hierin de bekostiging van de zorg

wordt geregeld en dit de toegankelijk- en betaalbaarheid van de zorg bepaalt. Daarna volgen de demografische, maatschappelijke, markt- en de medisch-technologische ontwikkelingen.

### **7.2.8 Deelconclusie ontwikkelingen**

Op basis van bovenstaande kan een deelconclusie worden getrokken ten aanzien van de ontwikkelingen in de curatieve gezondheidszorg:

- Doordat verscheidende respondenten aanvullingen hebben gegeven op het overzicht van de recente ontwikkelingen is deze niet volledig te noemen. De volgende ontwikkelingen kunnen worden toegevoegd: de ontwikkeling van ketenzorg, de discussie over specialisatie en concentratie van zorg en de verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerstelijns.

### **7.3 Hypothese 1**

De eerste hypothese is in hoofdstuk 5 verwoord als: “De behoeften van de patiënt en de kwaliteit van de zorg zullen een steeds grotere rol gaan spelen binnen de curatieve gezondheidszorg. De patiënt wordt kritischer, wenst keuzevrijheid en zal daardoor hogere eisen stellen aan de zorg. Het onderscheid naar zorgaanbieders zal groter worden door het ontstaan van marktwerking in de zorg. Ook zal er in de gezondheidszorg meer vanuit de vraag ontwikkeld worden”. Bij deze hypothese zijn de volgende vragen gesteld aan de respondenten:

- *Een trend in de gezondheidszorg is dat de behoeften van de patiënt en de kwaliteit van de zorg een steeds grotere rol spelen. Mijn verwachting is dat het onderscheid naar zorgaanbieders groter zal worden door het ontstaan van marktwerking in de zorg. Wat is uw mening hierover?*
- *Denkt u dat er in de gezondheidszorg meer vanuit de vraag ontwikkeld zal worden? Zo ja, waarin zal dat tot uiting komen?*

De beantwoording van de vragen volgt in onderstaande paragrafen. Opmerkelijke uitspraken van respondenten zullen hierbij genoemd worden. Na deze verwoording is tot de volgende inzichten en conclusies gekomen.

#### **7.3.1 Het onderscheid naar zorgaanbieders**

Een tweetal eerstelijnszorgaanbieders verwacht dat het onderscheid naar zorgaanbieders niet groter zal worden. De één geeft aan dat een patiënt de medische kwaliteit niet makkelijk kan beoordelen en dat de patiënt daarom verwacht dat er een bepaalde basiskwaliteit zorg geboden wordt. Terwijl de ander stelt dat een patiënt niet bereid is om te reizen voor de eenvoudige zorg en naar de dichtstbijzijnde zorgaanbieder zal gaan. Een andere eerstelijnszorgaanbieder heeft twijfels over het ontstaan van een groter onderscheid naar zorgaanbieders en stelt dat het onderscheid naar zorgaanbieders in theorie wel zou ontstaan, maar dat dit in de praktijk anders werkt. De praktijkervaring leert dat de zorgmarkt ondoorzichtig is voor de patiënt, de patiënt weet niet goed waar hij/zij moet zijn voor welke zorg en de beste zorg. En bovendien weten de zorgaanbieders/verwijzers dit zelf vaak ook niet. Daarentegen geeft een tweedelijnszorgaanbieder aan dat patiënten die naar een bepaald ziekenhuis worden doorverwezen, daar ook veelal heen zullen gaan door het vertrouwen dat zij hebben in de huisarts of op aanbeveling van familie/kennissen of gewoon

naar het ziekenhuis in de buurt. Het gaat hierbij minder om de kwaliteit van zorg die geboden wordt. Het verschil zou volgens de tweedelijnszorgaanbieder liggen bij de chronische patiënten en de patiënten die een ingrijpende behandeling moeten ondergaan. Chronische patiënten willen de regie voeren over hun eigen zorg en worden kritischer en bij een ingrijpende behandeling oriënteert de patiënt zich steeds vaker bij welke zorgaanbieder hij/zij het beste terecht kan. Toch voorziet circa 80 procent respondenten (17 van de 21) dat het onderscheid naar zorgaanbieders groter zal worden door het ontstaan van marktwerking in de zorg. Volgens een adviseur is het onderscheid naar zorgaanbieders al groot, maar wordt het onderscheid zichtbaarder. Een zorgverzekeraar stelt dat het onderscheid steeds meer gebaseerd zal zijn op de kwaliteit van de zorg die geboden wordt door toenemende transparantie. Daarentegen veronderstelt een tweedelijnszorgaanbieder dat het onderscheid zal plaatsvinden op de servicegerichte kwaliteit en minder op de medische kwaliteit. Een tweetal andere tweedelijnszorgaanbieders spreekt dit tegen, de medische uitkomsten zullen meer gaan spelen aangezien er hierover ook steeds meer informatie beschikbaar komt. Maar volgens een zorgverzekeraar houden veel zorgaanbieders tegen dat informatie naar buiten komt waarop een patiënt als een zorgverzekeraar een keuze kan maken. Een overheidsinstelling verwacht echter dat het onderscheid naar zorgaanbieders met name in de tweedelijns zal ontstaan. In de eerstelijns zal het onderscheid minder groot zijn, omdat daar de beschikbaarheid en nabijheid van een zorgaanbieder een rol kan spelen. Ook geven respondenten (ontwikkelaar, overheid en tweedelijns) aan dat de mate van onderscheid naar zorgaanbieders afhangt van de regio. Het onderscheid zal met name plaatsvinden in de regio's die een hoge marktdichtheid kennen, zoals de Randstad. Daar kan een patiënt tussen verscheidende aanbieders kiezen op een relatief korte afstand.

### **7.3.2 Ontwikkeling vanuit de vraag**

Ook al is een overheidsinstelling van mening dat zorgaanbieders veelal vanuit zichzelf denken (het aanbod) en niet zo zeer vanuit de vraag, verwacht circa 95 procent van de respondenten (20 van de 21) dat er in de gezondheidszorg meer vanuit de vraag ontwikkeld zal worden. Een eerstelijnszorgaanbieder geeft aan dat het belang van patiëntenorganisaties toeneemt en dat zij een grotere stem zullen krijgen in de manier waarop zorg wordt verleend. Volgens een bank nemen patiëntenorganisaties een proactieve houding aan. Toch vraagt een adviseur zich af of er daadwerkelijk ingespeeld zal worden op de vraag, maar stelt wel dat er meer rekening gehouden zal worden met de veranderende patiëntwensen. Volgens een andere adviseur en een ontwikkelaar zal deze omslag wel enige tijd nodig hebben. De ontwikkeling vanuit de vraag zal volgens een tweedelijnszorgaanbieder tot uitdrukking komen in het aanbod van zorg, zoals zorg op afstand of zorg dicht bij huis georganiseerd. Ook werd als voorbeeld gegeven door een andere tweedelijnszorgaanbieder het beschikken over de nieuwste technologische ontwikkelingen. Verder stellen een overheidsinstelling en een tweedelijnszorgaanbieder dat de eerste ontwikkelingen al zichtbaar zijn. Er ontstaan nieuwe zorgproducten in de poliklinische zorg waarvan ziekenhuizen vermoeden dat daar vraag naar is.

### **7.3.3 Deelconclusie hypothese 1**

Tijdens de interviews komt van meer dan 70 procent van de respondenten op hoofdlijnen in eerste instantie een en dezelfde reactie: het onderscheid naar zorgaanbieders zal groter worden door het ontstaan van marktwerking in de zorg en zal steeds meer gebaseerd zijn op

de kwaliteit van zorg die geboden wordt door toenemende transparantie. Dit zal zowel het keuzegedrag van patiënten beïnvloeden als het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar. De mate van onderscheid naar zorgaanbieders kan echter afhangen van de regio en zal waarschijnlijk in de tweedelij groter zijn dan in de eerstelij. Er zal in de zorg ook meer vanuit de vraag ontwikkeld worden doordat de patiënt centraler komt te staan.

De belangrijkste conclusies omtrent de eerste hypothese zijn:

- Door het ontstaan van marktwerking in de zorg zal het onderscheid naar zorgaanbieders vermoedelijk groter worden. Dit onderscheid zal steeds meer plaatsvinden op de kwaliteit van zorg die geboden wordt. Er komt meer informatie beschikbaar over zowel de servicegerichte als de medische kwaliteit. Een zorgverzekeraar kan in de contractering van zorg daar gericht op sturen en een patiënt kan een bewustere keuze maken voor een zorgaanbieder (afhankelijk van het type zorgpolis dat een patiënt heeft afgesloten, zou de keuzevrijheid van een patiënt daardoor in gedrang kunnen komen);
- Het onderscheid naar zorgaanbieders zal in de tweedelij waarschijnlijk meer zichtbaar zijn dan in de eerstelij. Patiënten zijn meer dan voorheen bereid om verder te reizen voor de beste zorgaanbieder, met name als het gaat om de (hoog) complexe zorg. In de eerstelij kunnen de beschikbaarheid en nabijheid een rol spelen en zodoende kan het onderscheid tussen zorgaanbieders minder groot zijn;
- De mate van onderscheid hangt echter af van de regio. In gebieden waar een hoge marktdichtheid is, kan een patiënt tussen verscheidende zorgaanbieders kiezen op een relatief korte afstand;
- Het belang van de patiënt en patiëntenorganisaties neemt toe in de gezondheidszorg. Er zal naar verwachting meer worden ontwikkeld vanuit de vraag. Dit zal tot uitdrukking komen in het ontstaan van nieuw zorgaanbod als de manier waarop zorg wordt verleend. Er zal echter enige tijd nodig zijn om deze omslag te kunnen maken.

De eerste hypothese is met het bovenstaande bevestigd, maar kan worden uitgebreid:

*“De behoeften van de patiënt en de kwaliteit van de zorg zullen een steeds grotere rol gaan spelen binnen de curatieve gezondheidszorg. De patiënt wordt kritischer, wenst keuzevrijheid en zal daardoor hogere eisen stellen aan de zorg. Het onderscheid naar zorgaanbieders zal groter worden door het ontstaan van marktwerking in de zorg. Dit onderscheid zal in de tweedelij vermoedelijk groter zijn dan in de eerstelij. Daarnaast is de mate van onderscheid afhankelijk van de regio. Ook zal er in de gezondheidszorg meer vanuit de vraag ontwikkeld worden.”*

## **7.4 Hypothese 2**

De tweede hypothese is verwoord als: “In de curatieve gezondheidszorg zal samenwerking op steeds grotere schaal gaan plaatsvinden. Zorgaanbieders zullen steeds meer gaan samenwerken om de efficiency in de zorg te vergroten en ook om de kosten laag te kunnen houden. Het aantal samenwerkende en/of bij elkaar gehuisveste zorgaanbieders zal aanzienlijk toenemen met als gevolg dat de ruimtelijke spreiding van de gezondheidszorg in Nederland zal veranderen.” De volgende vragen zijn aan de respondenten gesteld.

- *Steeds meer zorgaanbieders gaan samenwerken om de efficiency in de zorg te vergroten en ook om de kosten laag te kunnen houden. Denkt u dat samenwerking in de curatieve gezondheidszorg de komende tien jaar sterker/omvangrijker zal zijn dan de afgelopen tien jaar? Zo ja, tussen welke zorgpartijen zal samenwerking intensiveren?*
- *Zal dit ertoe leiden dat samenwerkende partijen zich steeds vaker bij elkaar huisvesten in één gebouw?*

Net als in de uitwerking van de eerste hypothese volgt de beantwoording in onderstaande paragrafen en is na deze verwoording tot de volgende inzichten en conclusies gekomen.

#### **7.4.1 Samenwerking in de curatieve gezondheidszorg**

Circa 90 procent van de respondenten (18 van de 20) voorziet dat samenwerking in de curatieve gezondheidszorg de komende tien jaar omvangrijker zal zijn dan de afgelopen tien jaar. Adviseurs en eerstelijnszorgaanbieders geven aan dat de huidige samenwerking in de eerstelijns zich verder door zal zetten. Een tweetal adviseurs verwacht dat samenwerking in het teken zal staan van ketens waarbij de eerste en tweedelijns meer met elkaar gaan samenwerken. Volgens een ontwikkelaar zullen de eerste en tweedelijns dan ook steeds dichter op elkaar gaan zitten, het onderscheid zal afnemen. Ook geven respondenten (adviseur, tweedelijns, overheid en zorgverzekeraar) aan dat ziekenhuizen op onderdelen intensiever zullen samenwerken, zoals in de acute of hoog complexe zorg. Er zullen netwerkstructuren van ziekenhuizen ontstaan, zo stelt een tweedelijnszorgaanbieder. Verder geven een bank en een tweedelijnszorgaanbieder aan dat er in de tweedelijns meer samengewerkt zal worden op de ondersteunende diensten, zoals de diagnostiek en laboratoria. Volgens de bank zijn deze diensten veelal kapitaalintensief en ook onder druk van het macrobudget zullen zorgaanbieders samenwerkingsverbanden aangaan of deze diensten uitbesteden. Desondanks is een tweedelijnszorgaanbieder sceptisch over samenwerking in de zorg. Volgens de respondent verwijzen zorgaanbieders vooral naar elkaar door en vindt samenwerking maar gering plaats.

Een tweetal eerstelijnszorgaanbieders geeft aan dat samenwerking wordt gestimuleerd door zowel de overheid als door de zorgverzekeraar uit kostenoverwegingen en dat het niet zozeer vanuit de zorgaanbieders zelf komt. Een tweedelijnszorgaanbieder en een zorgverzekeraar stellen echter dat de kosten niet de drijfveer zijn voor samenwerking, maar dat het met name gaat om de kwaliteit van zorg te verbeteren: samenwerking op het inhoudelijk niveau. De zorgverzekeraar vult aan dat samenwerking ook aangegaan wordt om marktaandeel te behouden en dat uiteindelijk een kwaliteitsverbetering ook kostenbesparend zal werken. Ook de NMa is van belang bij samenwerking in de zorg. Hoe zij zich zal opstellen zal bepalend zijn in hoeverre samenwerking een vlucht zal nemen, zo stellen een bank en een overheidsinstelling.

#### **7.4.2 Gezamenlijke huisvesting**

Circa 70 procent van de respondenten (14 van de 20) verwacht dat samenwerkende zorgaanbieders zich steeds vaker zullen huisvesten in één gebouw. Een tweetal adviseurs geeft aan dat dit al zichtbaar is in de eerstelijns: de gezondheidscentra. Maar een eerstelijnszorgaanbieder stelt dat deze ontwikkeling wel geleidelijk gaat. Een aantal zorgaanbieders is hier nog huiverig voor en daarnaast is er met name in de grote steden een tekort aan vastgoed waar gezamenlijke huisvesting gerealiseerd kan worden. Een adviseur

vult aan dat het vinden van een geschikte en betaalbare locatie niet altijd even gemakkelijk is. Verder stelt een tweedelijnszorgaanbieder dat gezamenlijke huisvesting zich vooral voor zal doen bij samenwerking tussen de eerste en tweedelijns. Een ander geeft aan dat er ook gezamenlijke huisvesting plaats zal vinden met de derdelijns. Met derdelijns wordt bedoeld zorgverlening aan mensen die langer dan 24 uur in een instelling verblijven, zoals een verpleeg- of verzorgingshuis, ziekenhuis of een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking (Thesaurus Zorg en Welzijn, 2010). De derdelijnszorg valt binnen de gezondheidszorg onder de caresector. Volgens een zorgverzekeraar zijn de eerste ontwikkelingen van gezamenlijke huisvesting zichtbaar, zoals een gezondheidscentrum in de plint van een verpleeghuis of een specialist die spreekuur houdt in eerstelijns. Een bank en een overheidsinstelling voorzien gezamenlijke huisvesting in de eerstelijns wel, maar in de tweedelijns niet. Volgens de bank zou er eerder gedacht kunnen worden aan een afbouw van vierkante meters in de tweedelijns doordat er sprake is van een overcapaciteit en de overheidsinstelling stelt dat tweedelijnszorgaanbieders niet snel in één gebouw zullen gaan zitten vanwege de opmerkelijke marktmacht die kan ontstaan. Toch stelt een aantal respondenten (adviseurs en tweedelijns) dat samenwerking niet per se onder één dak hoeft, dit is afhankelijk van het type zorg dat geboden wordt en op welke terreinen wordt samengewerkt. Ook bij goede communicatie ondersteuning hoeven zorgaanbieders niet bij elkaar gehuisvest te worden, zo stelt een adviseur.

### **7.4.3 Deelconclusie hypothese 2**

Uit de interviews volgt dat meer dan 70 procent van de respondenten verwacht dat samenwerking in de curatieve gezondheidszorg de komende tien jaar omvangrijker zal zijn dan de afgelopen tien jaar en dat dit ertoe zal leiden dat zorgaanbieders zich steeds vaker bij elkaar zullen huisvesten in één gebouw. Samenwerking zal intensiveren binnen de eerstelijns als de tweedelijns, maar ook tussen de lijnen. Gezamenlijk huisvesting zal zich met name voordoen in de eerstelijns of bij samenwerking tussen de eerste en de tweedelijns, maar vermoedelijk minder in de tweedelijns.

De belangrijkste conclusies omtrent de tweede hypothese zijn:

- Samenwerking in de curatieve zorg zal naar verwachting omvangrijker zijn. Er zal zowel binnen de eerstelijns en de tweedelijns alsook tussen de lijnen meer samengewerkt worden. De huidige samenwerking in de eerstelijns zal verder toenemen. In de tweedelijns zullen ziekenhuizen vermoedelijk op onderdelen meer met elkaar gaan samenwerken, maar ook in de ondersteunende diensten. Verder zal er samenwerking plaatsvinden tussen de eerste en de tweedelijns door onder andere ketenvorming. Echter, de mate van (vergaande) samenwerking in de curatieve gezondheidszorg zal deels bepaald worden door de houding van de NMa;
- De kosten hoeven echter niet de aanleiding te zijn voor samenwerking. Het kan zorgaanbieders ook gaan om de kwaliteit van zorg te verbeteren of om behoud van marktaandeel;
- Samenwerkende zorgaanbieders zullen zich naar verwachting steeds vaker bij elkaar huisvesten in één gebouw. Dit zal zich vooral voordoen in de eerstelijns of bij samenwerking tussen de eerste en de tweedelijns. De eerste ontwikkelingen hiervan zijn al zichtbaar. In de tweedelijns zal gezamenlijke huisvesting zich vermoedelijk minder voordoen. Mede door de omvang van ziekenhuizen zullen zij zich niet gauw in één



gebouw vestigen en door de overcapaciteit die bij veel ziekenhuizen heerst zal er ook eerder sprake zijn van een afbouw van vierkante meters. Naast gezamenlijke huisvesting tussen de eerste en de tweedelijnd vindt dit ook steeds meer plaats met de derdelijnd;

- De ontwikkeling van gezamenlijke huisvesting zal waarschijnlijk geleidelijk gaan, een aantal zorgaanbieders is nog terughoudend en daarnaast is het met name in de grote steden lastig om gezamenlijke huisvesting te realiseren, omdat het vinden van een geschikte en betaalbare locatie niet altijd gemakkelijk is. Het is aannemelijk dat samenwerkende zorgaanbieders zich vaker zullen huisvesten in één gebouw als daar meer mogelijkheden voor worden gecreëerd;
- Echter, huisvesting van samenwerkende zorgaanbieders in één gebouw is niet altijd nodig. Samenwerking hoeft niet gebouwgebonden te zijn. Of zorgaanbieders zich gezamenlijk zullen huisvesten is afhankelijk van het type zorg dat geboden wordt en op welke terreinen samenwerking plaatsvindt.

De tweede hypothese is met het bovenstaande bevestigd, maar kan evenals de eerste hypothese worden uitgebreid:

*“In de curatieve gezondheidszorg zal samenwerking op steeds grotere schaal plaatsvinden. Zorgaanbieders zullen meer gaan samenwerken om verscheidende redenen: namelijk om de efficiency in de zorg te vergroten, de kosten laag te houden, de kwaliteit van zorg te verbeteren of behoud van marktaandeel. Samenwerking zal toenemen zowel binnen de eerstelijnd als de tweedelijnd, maar ook tussen de lijnen. Gezamenlijke huisvesting zal zich met name voordoen in de eerstelijnd of bij samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijnd. Dit heeft als gevolg dat de ruimtelijke spreiding van de gezondheidszorg in Nederland zal veranderen.”*

### **7.5 Hypothese 3**

De derde hypothese is verwoord als: “De demografische ontwikkelingen in Nederland leiden tot een sterke toename in de vraag naar zorg, maar ook tot een andere vraag naar zorg. De toename van de zorgvraag gaat echter gepaard met een efficiënter gebruik van het zorgaanbod. In de eerstelijndgezondheidszorg zal de ruimtebehoefte daarom waarschijnlijk verschuiven door minder solopraktijken en meer groepspraktijken en gezondheidscentra en in de tweedelijndgezondheidszorg door minder ziekenhuizen en meer buitenpoliklinieken, privéklinieken en ZBC's. Kortom, er is eerder sprake van herverdeling van de ruimte dan van groei of afname. De vergrijzing noch de marktwerking hebben daarop invloed.” De volgende vraag is gesteld aan de respondenten:

- *Welke verwachtingen heeft u qua toekomstige ontwikkeling van de huidige zorgconcepten?*

Er is een zevental stellingen (zie bijlage 4: Vragenlijst interview) aan de respondenten voorgelegd waarbij zij konden aangeven welk scenario resp. trend zij het meest waarschijnlijk achtte in de komende tien/vijftien jaar. Per stelling zullen de verwachtingen verwoord worden en opmerkelijke uitspraken van respondenten zullen hierbij genoemd worden. Na deze verwoording is tot de volgende inzichten en conclusies gekomen.

### **7.5.1 Verwachting ontwikkeling huisartspraktijken**

Hoewel een aantal respondenten (adviseur, eerstelijns en verzekeraar) verwacht dat het aantal huisartspraktijken licht resp. sterk zal groeien doordat er meer huisartsen nodig zullen zijn omdat de zorgvraag stijgt, verwacht bijna 75 procent van de respondenten (14 van de 19) dat het aantal eerder zal stabiliseren of afnemen. Volgens de respondenten werken huisartsen steeds meer samen in een groepspraktijk en daarnaast werken zij meer parttime waardoor de noodzaak om in één gebouw bij elkaar te zitten groter wordt. Meerdere respondenten (adviseur, bank, eerstelijns en verzekeraar) geven verder aan dat de toekomstige huisartspraktijk een andere praktijk zal worden. Er zal meer zorg worden geboden en er zal ook meer ondersteunend personeel nodig zijn. Huisartspraktijken zullen naar verwachting in omvang groter worden.

### **7.5.2 Verwachting ontwikkeling type huisartspraktijk**

De respondenten zijn eensgezind over de ontwikkeling van een afname in het aantal solopraktijken en een toename in het aantal groepspraktijken. Alleen de mate waarin deze ontwikkeling zal plaatsvinden varieert onder de respondenten. Circa 35 procent van de respondenten (7 van de 20) verwacht een afname naar 25% solopraktijken, stabilisatie 30% duopraktijken en een groei naar 45% groepspraktijken. Diverse respondenten (eerstelijns, tweedelijns en overheid) geven hierbij als reden dat het enige tijd kost voordat de trend naar groepspraktijken is gerealiseerd. Toch verwacht circa 60 procent van de respondenten (12 van de 20) dat de ontwikkeling naar groepspraktijken sneller zal gaan: een afname naar 10% solopraktijken, een afname naar 20% duopraktijken en een groei naar 70% groepspraktijken. Een overheidsinstelling en een tweetal adviseurs voorzien dat in stedelijke regio's de groepspraktijk veelal zichtbaar zal zijn en in de meer landelijke regio's de duo- of solopraktijk.

### **7.5.3 Verwachting ontwikkeling apotheken**

Er bestaat onder de respondenten een wisselend beeld over de toekomstige ontwikkeling van apotheken. 10 procent van de respondenten (2 van de 18) verwacht een lichte groei in het aantal apotheken, omdat apotheken een groter aandeel in de zorg zullen nemen: de zorgvraag stijgt, er zijn steeds meer chronisch zieken die medicijnen gebruiken en daarnaast houden apotheken zich meer bezig met voorlichting. Verder stelt 40 procent van de respondenten (7 van de 18) dat het aantal apotheken zal stabiliseren en 50 procent (9 van de 18) verwacht dat het aantal zal afnemen. Meerdere respondenten (adviseur, eerstelijns, ontwikkelaar, overheid en verzekeraar) geven aan dat er vermoedelijk grote apotheken zullen ontstaan met verscheidende afleverpunten in de wijk, zoals in een verpleeghuis of bij een huisartspraktijk.

### **7.5.4 Verwachting ontwikkeling eerstelijnsgezondheidscentra**

De respondenten zijn gelijkgestemd over de ontwikkeling van een toename in het aantal eerstelijnsgezondheidscentra. 50 procent van de respondenten (10 van de 20) voorziet een lichte groei. De ontwikkeling heeft enige tijd nodig en hoewel de potentie hoger ligt kan het aanbod van geschikte locaties een belemmerende factor zijn (zie ook paragraaf 7.4). De overige 50 procent van de respondenten (10 van de 20) verwacht dat het aantal gezondheidscentra sterker zal groeien. Ook wordt gesteld dat er een relatie is met de ontwikkeling van groepspraktijken, deze praktijken kunnen relatief snel omgezet worden naar een eerstelijnsgezondheidscentrum.

### **7.5.5 Verwachting ontwikkeling ziekenhuizen en buitenpoliklinieken**

65 procent van de respondenten (13 van de 20) voorziet dat het aantal ziekenhuizen in Nederland zal afnemen tot 70-80 ziekenhuizen. Hiervan stelt een aantal respondenten (adviseur, tweedelijns en overheid) dat een afname tot 40-50 ziekenhuizen wenselijk is, maar doordat de ontwikkelingen enige tijd nodig zullen hebben, is een afname tot 70-80 ziekenhuizen een eerste stap. Toch verwacht 15 procent van de respondenten (3 van de 20) dat het aantal ziekenhuizen de komende tien/vijftien jaar sterker zal afnemen en zal uitkomen op 40-50 ziekenhuizen. De afname in het aantal ziekenhuizen zal volgens nagenoeg alle respondenten opgevangen worden door buitenpoliklinieken, hierin wordt dan ook een groei verwacht. Tevens zou dit opgevangen kunnen worden door andere zorgconcepten, zoals een zelfstandige kliniek, stelt een tweetal adviseurs. Verder verwachten een tweedelijnszorgaanbieder en een zorgverzekeraar dat het aantal ziekenhuizen gering af zal nemen en het aantal buitenpoliklinieken zal stabiliseren. Een andere zorgverzekeraar stelt echter een eigen prognose: een afname naar circa 60 ziekenhuizen en een toename naar 100 buitenpoliklinieken.

### **7.5.6 Verwachting ontwikkeling type ziekenhuizen**

Hoewel 20 procent van de respondenten (4 van de 20) verwacht dat de verdeling naar type ziekenhuizen stabiliseert, voorziet 55 procent (11 van de 20) dat het aantal academische ziekenhuizen zal stabiliseren en de algemene ziekenhuizen in toenemende mate specialistische ziekenhuizen zullen worden. 25 procent van de respondenten (5 van de 20) heeft een eigen visie op de toekomstige ontwikkeling terwijl dit in grote lijnen overeenkomt met de voorgaande verwachting: het aantal academische ziekenhuizen zal stabiliseren en de algemene ziekenhuizen zullen zich specialiseren in een bepaald ziektebeeld, maar blijven de brede basiszorg bieden.

### **7.5.7 Verwachting ontwikkeling ZBC's en privéklinieken**

Circa 95 procent van de respondenten (14 van de 15) verwacht dat het aantal ZBC's verder zal toenemen, maar een indicatie van de groei kunnen de respondenten veelal niet duidelijk aangeven. Een tweedelijnszorgaanbieder stelt dat specialisten een zelfstandige kliniek aantrekkelijk vinden zodat zij niet meer in het logge apparaat van het ziekenhuis hoeven te werken. Er bestaat echter een wisselend beeld onder de respondenten over de toekomstige ontwikkeling van privéklinieken. Circa 33 procent van de respondenten (5 van de 15) verwacht dat het aantal privéklinieken sterk zal groeien, het huidig aantal zou zich kunnen vertweevoudigen of zelfs verdrievoudigen. Toch voorziet circa 33 procent een bescheiden groei in het aantal privéklinieken en de overige circa 33 procent een stabilisatie of afname. Een bank stelt dat de ontwikkeling van privéklinieken verband houdt met de maatschappelijke opvattingen die heersen, zoals de bereidheid om te betalen voor zorg.

### **7.5.8 Deelconclusie hypothese 3**

Uit de interviews blijkt dat meer dan 70 procent van de respondenten verwacht dat het aantal solopraktijken zal afnemen en het aantal groepspraktijken en gezondheidscentra verder zal toenemen. Tevens voorziet meer dan 70 procent dat het aantal ziekenhuizen zal afnemen en het aantal buitenpoliklinieken en ZBC's verder zal toenemen. Er bestaat echter een uiteenlopend beeld onder de respondenten over de ontwikkeling van privéklinieken. Circa 66

procent verwacht een lichte resp. sterke groei en circa 33 procent van de respondenten een stabilisatie of afname.

De belangrijkste conclusies omtrent de derde hypothese zijn:

- Het aantal solopraktijken zal vermoedelijk afnemen en het aantal groepspraktijken verder toenemen. De mate waarin deze ontwikkeling zal plaatsvinden is onduidelijk, de ontwikkeling kan geleidelijk gaan, maar zou zich ook sneller kunnen voordoen;
- Naar verwachting zal het aantal eerstelijnsgezondheidscentra verder doorgroeien. De mate waarin dit zal gebeuren is echter lastig te voorspellen, omdat deze geremd kan worden door het beperkte aanbod van geschikte locaties en zou sneller kunnen gaan wanneer groepspraktijken omgezet wordt in een gezondheidscentrum;
- Het aantal ziekenhuizen zal vermoedelijk afnemen. Een eerste stap is een afname tot 70-80 ziekenhuizen, maar dit zou uiteindelijk uit kunnen komen op 40-50 ziekenhuizen. De afname zal opgevangen worden door een groei in het aantal buitenpoliklinieken of andere zorgconcepten, zoals zelfstandige klinieken;
- Het aantal ZBC's zal naar verwachting ook verder toenemen, de mate waarin deze ontwikkeling zal plaatsvinden is echter onduidelijk. Over de ontwikkeling van privéklinieken wordt sterk uiteenlopend geoordeeld; er zijn zowel "voorstanders" van een afname, stabilisatie en groei.

De hypothese met betrekking tot de ruimtebehoefte in de eerstelijns kan bevestigd worden. Binnen de tweedelijns kan de hypothese deels worden bevestigd, namelijk uitsluitend wat betreft de ruimtebehoefte ten aanzien van ziekenhuizen, buitenpoliklinieken en ZBC's. Dit maakt dat de derde hypothese aangepast zal moeten worden:

*"De demografische ontwikkelingen in Nederland leiden tot een sterke toename in de vraag naar zorg, maar ook tot een andere vraag naar zorg. De toename van de zorgvraag gaat echter gepaard met een efficiënter gebruik van het zorgaanbod. In de eerstelijns zal de ruimtebehoefte daarom waarschijnlijk verschuiven vanwege minder solopraktijken en meer groepspraktijken en gezondheidscentra en in de tweedelijns vanwege minder ziekenhuizen en meer buitenpoliklinieken en ZBC's. De ontwikkeling van privéklinieken is enigszins onduidelijk, het toekomstig aantal zou zowel gelijk kunnen blijven als meer of minder kunnen worden. Er is echter in de curatieve gezondheidszorg eerder sprake van herverdeling van de ruimte dan van groei of afname. De vergrijzing noch de marktwerking hebben daarop invloed."*

## **7.6 Hypothese 4**

De vierde hypothese is verwoord als: "Het is aannemelijk dat het toekomstig ontwerp en gebruik van zorgvastgoed zal veranderen. Er zal kleinschaliger gebouwd worden om overtollige vierkante meters tegen te gaan. Daarnaast zal er wellicht ook flexibel of multifunctioneel gebouwd gaan worden om een gebouw mee te kunnen laten bewegen met veranderende zorgconcepten en hierop aan te kunnen passen." Bij deze hypothese zijn de volgende vragen gesteld aan de respondenten:

- *Hoe denkt u dat de huisvesting van de curatieve zorg er in de toekomst uit zal zien? Zullen er nieuwe zorgconcepten ontstaan? Zo ja, welke?*

- *Hoe zullen deze toekomstige zorgconcepten zich ruimtelijk vertalen, dat wil zeggen qua locatie en ruimtebeslag?*
- *Zijn initiatieven voor deze zorgconcepten afkomstig van de zorgaanbieders zelf, zorgverzekeraars, patientenorganisaties of anderen, zo ja wie?*

Middels deze vragen zal er ook antwoord kunnen worden gegeven op de deelvragen die in dit hoofdstuk centraal staan. De beantwoording volgt hierna waarbij tot de volgende inzichten en conclusies is gekomen.

### **7.6.1 Toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in de curatieve gezondheidszorg**

Verscheidende respondenten (adviseur, bank, eerstelijns, overheid, tweedelijns en verzekeraar) geven aan dat de verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerstelijns om nieuwe zorgconcepten zal vragen. Een eerstelijnszorgaanbieder stelt dat de eerstelijns zorgfuncties kan overnemen van de tweedelijns, maar de tweedelijns zou ook mogelijkheden kunnen zoeken om zelf te praktiseren in de eerstelijns. De tweedelijns zou zich kunnen aansluiten bij eerstelijnsgezondheidscentra door een buitenpolikliniek of onderdelen van het ziekenhuis in het centrum te vestigen, zo stelt een adviseur. Een aantal andere respondenten (adviseur, overheidsinstelling en verzekeraar) voorziet dan ook het ontstaan van zogenoemde anderhalflijnsgezondheidscentra. Verder zou de eerstelijns zich volgens een tweedelijnszorgaanbieder kunnen vestigen in de tweedelijns, zoals een gezondheidscentrum of huisartspraktijk in het voorportaal van een ziekenhuis. Kortom, er zullen vermoedelijk nieuwe concepten ontstaan die in het overgangsgebied van de eerstelijns naar de tweedelijns liggen. In de tweedelijns zal naar verwachting, zoals besproken in de voorgaande paragraaf, het aantal ziekenhuizen afnemen en zal er toenemende specialisatie ontstaan. Volgens een adviseur zal er versnippering ontstaan in het concept 'ziekenhuis'. Andere respondenten (adviseur, bank, tweedelijns en ontwikkelaar) geven aan dat er steeds meer zorg geboden zal worden in zelfstandig (gespecialiseerde) klinieken. Een deel van de ziekenhuiszorg zal naar een ZBC-achtige omgeving overgeheveld worden waarin allerlei tussenvormen zullen ontstaan, zo stelt een bank. Verder voorzien een eerstelijnszorgaanbieder en een zorgverzekeraar dat er meer zorgconcepten zullen ontstaan waarin zorg meer gecombineerd wordt met andere zorggerelateerde voorzieningen, zoals sport, beauty en wellness (leisure). Tevens verwacht een tweedelijnszorgaanbieder het ontstaan van zorgconcepten waarin eerstelijnszorg en/of tweedelijnszorg wordt samengebracht met de derdelijns.

Ook voorziet ruim 90 procent van de respondenten (18 van de 19) dat er in de gezondheidszorg meer flexibel of multifunctioneel ontwikkeld zal worden. Verscheidende respondenten (ontwikkelaar, overheid, tweedelijns en verzekeraar) geven aan dat zorgvastgoed in alternatieve aanwendbaarheid en afstootbaarheid geflexibiliseerd zal worden. Een ontwikkelaar stelt tevens dat er meer oplossingen zullen worden gezocht met een kortere levensduur, zoals 'wegwerpklinieken'. Andere respondenten (eerstelijns, tweedelijns en verzekeraar) stellen dat er zorgvastgoed ontwikkeld zal worden met een multifunctioneel karakter. Er zullen vermoedelijk zogenoemde zorgverzamelgebouwen (een soort zorgwinkelcentra) ontstaan waarin allerlei zelfstandige praktijken of klinieken zich kunnen vestigen. Zorgaanbieders kunnen de voorzieningen in het gebouw met elkaar delen en al dan niet met elkaar op inhoudelijk niveau samenwerken. Volgens een zorgverzekeraar

zullen zorgverzamelgebouwen leiden tot *“een flexibel geheel dat in veranderende situaties zich snel kan aanpassen op de wensen van de patiënt als de contouren van de omgeving”*.

### **7.6.2 Ruimtelijke vertaling van (nieuwe) zorgconcepten**

In de ruimtelijke vertaling van (nieuwe) zorgconcepten qua locatie voorzien meerdere respondenten (eerstelij, ontwikkelaar, tweedelij en verzekeraar) dat zorg meer geconcentreerd zal worden. Een zorgverzekeraar noemt dat er sprake zal zijn van een opeenstapeling van kleinschaligheid, zorgaanbieders willen zo dicht mogelijk bij elkaar zitten. Dit betekent dat in de eerstelij zorg geboden zal worden in gezondheidscentra en in de tweedelij in zorgverzamelgebouwen of op een ziekenhuislocatie waar allerlei zorgaanbieders zich hebben gevestigd. Verder geven zorgaanbieders (eerstelij en tweedelij) aan dat nabijheid en goede bereikbaarheid van belang zijn en dus locaties die centraal in een woonwijk of stad liggen. Een bank geeft aan dat ziekenhuizen veelal naar de randen van steden of langs uitvalswegen zijn gehaald, maar door de tendens naar kleinschaligheid passen zij makkelijker in een binnenstedelijke omgeving, zo stelt een adviseur. Een andere bank vult aan dat er tevens een verbinding gelegd zou kunnen worden met andere voorzieningen, zoals winkelcentra. Er zal dan een vloeiende overgang ontstaan van de zorgomgeving naar de woon- en leefomgeving. Zorgvastgoed zal steeds minder specifiek zijn en een geïntegreerd onderdeel uitmaken van het vastgoedlandschap. Een overheidsinstelling geeft dit ook aan in andere woorden: het zal meer onderdeel uitmaken van het totaal aan voorzieningen die er in een wijk of stad aanwezig zijn.

Tevens stellen zowel een bank als een tweedelijzorgaanbieder dat het karakter van zorgvastgoed aan het veranderen is. Er is meer aandacht voor de fysieke zorgomgeving, de beleving, zoals het toepassen van planetree. Planetree is een vernieuwende manier van zorgverlenen waarbij de patiënt centraal staat met als doel het verbeteren van de zorg en het welzijn vanuit het perspectief van de patiënt. Zorgverlening gericht op persoonlijke aandacht en vriendelijke bejegening in een prettige, rustgevende omgeving.

Verder zal er volgens een tweetal respondenten (adviseur en bank) binnen de tweedelij ook meer nagedacht worden over welke functies er in het ziekenhuis horen en welke functies daarbuiten zouden kunnen functioneren. Dit zou betekenen dat bijvoorbeeld kantoorfuncties op een aparte (goedkopere) locatie worden gevestigd. Een andere adviseur stelt dat het ook andersom zou kunnen, bepaalde zorg zou op kantoorlocaties gevestigd kunnen worden.

In de ruimtelijke vertaling van (nieuwe) zorgconcepten qua ruimtebeslag geven verscheidende respondenten (adviseur, bank, eerstelij, overheid, tweedelij en verzekeraar) aan dat de benodigde ruimte in de eerstelij (of anderhalflij) zal toenemen door de verschuiving van tweedelijzorg naar de eerstelij. Een eerstelijzorgaanbieder stelt echter dat het aantal locaties niet per se zal toenemen, maar dat het ruimtebeslag van die locaties wel groter zal zijn. In de tweedelij verwachten de respondenten dat het ruimtebeslag minder zal worden. Het aantal ziekenhuizen zal dalen, zij zullen in omvang kleiner worden en er zal meer zorg geboden worden in zelfstandige klinieken. In de eerstelij kan gesproken worden van toenemende grootschaligheid, terwijl de tweedelij kleinschaliger wordt, zo stelt een overheidsinstelling. Volgens een adviseur zal de benodigde ruimte in de curatieve gezondheidszorg per saldo niet toenemen doordat er sprake is van een verschuiving (de eerstelij wordt in omvang groter en de tweedelij kleiner). Een eerstelijzorgaanbieder stelt dat het ruimtebeslag enigszins in kan krimpen wanneer er steeds vaker voor gezamenlijke huisvesting wordt gekozen, er kan efficiënter gewerkt

worden door ruimte te delen. Bovendien geven respondenten (eerstelijns en overheid) aan dat technologische ontwikkelingen zoals e-health een drukkende werking zouden kunnen hebben op de benodigde ruimte in de zorg. Wanneer zorg op afstand steeds meer vorm krijgt, kan de huisvesting van zorgaanbieders minder van belang zijn, zo stelt een overheidsinstelling.

### **7.6.3 Herkomst initiatieven voor (nieuwe) zorgconcepten**

Er bestaat een wisselend beeld onder de respondenten over de herkomst van initiatieven voor nieuwe zorgconcepten. Een adviseur en een tweedelijnszorgaanbieder zijn van mening dat initiatieven van (ondernemende) zorgaanbieders komen. Andere respondenten (adviseur, eerstelijns en ontwikkelaar) stellen dat initiatieven afkomstig zijn van zorgaanbieders en dat de zorgverzekeraar hierin een sturende rol heeft. Verder geven eerstelijnszorgaanbieders aan dat zij met name afkomstig zijn van verzekeraars en volgens een overheidsinstelling en een zorgverzekeraar van zowel zorgaanbieders als verzekeraars. Hoewel zorgaanbieders (eerstelijns en tweedelijns) stellen dat initiatieven ook kunnen komen van patiëntenorganisaties, geven een ontwikkelaar en een overheidsinstelling aan dat er niet veel verwacht hoeft te worden van deze organisaties. Volgens een zorgverzekeraar hebben zij een ondergeschikte rol en zullen zij meer betrokken moeten worden. Toch verwachten een bank en een overheidsinstelling dat patiëntenorganisaties meer invloed zullen krijgen en hierin sturend kunnen zijn.

Een aantal respondenten (adviseur, bank en tweedelijns) stelt overigens dat initiatieven voor nieuwe zorgconcepten afkomstig zijn van een combinatie van partijen in de gezondheidszorg. Een tweedelijnszorgaanbieder geeft aan dat initiatieven veelal vanuit zorgaanbieders komen, maar dat deze worden gestimuleerd door het overheidsbeleid, de mogelijkheden die zorgverzekeraars bieden, de wensen van patiëntenorganisaties, maar er wordt bijvoorbeeld ook gekeken naar het buitenland. Een adviseur vult aan dat tevens externe expertise benodigd is van deskundigen op het gebied van zorgvastgoed, zoals vastgoedstrategen en ontwikkelaars. Bovendien geven een overheidsinstelling en een zorgverzekeraar aan dat zowel gemeenten als woningcorporaties een meer sturende rol zouden moeten krijgen in het initiëren van nieuwe zorgconcepten. Volgens de verzekeraar gebeurt er vrijwel niets wanneer zorgaanbieders zelf initiatief moeten nemen en zijn er faciliteiten nodig vanuit nieuwe organisaties om gezamenlijk concepten tot stand te brengen.

### **7.6.4 Deelconclusie hypothese 4**

Tijdens de interviews komt van meer dan 70 procent van de respondenten op hoofdlijnen in eerste instantie eenzelfde reactie: er zal in de gezondheidszorg kleinschaliger ontwikkeld worden waarbij er tevens meer aandacht zal zijn voor flexibel en multifunctioneel bouwen. Echter, dit is met name van toepassing op de tweedelijns en minder op de eerstelijns.

De belangrijkste conclusies omtrent de vierde hypothese zijn:

- Er zal naar verwachting in de tweedelijns kleinschaliger ontwikkeld zal worden, terwijl in de eerstelijns toenemende grootschaligheid zich voor zal doen;
- Tevens zal er vermoedelijk meer flexibel en multifunctioneel ontwikkeld worden in de gezondheidszorg. Er zal gezocht worden naar flexibele oplossingen in alternatieve aanwendbaarheid, maar ook naar multifunctioneel gebruik van het vastgoed voor zowel de lange termijn als de korte termijn. Dit maakt dat zorgvastgoed haar specifieke karakter

zal verliezen. Zorgvastgoed zal waarschijnlijk een meer geïntegreerd onderdeel uitmaken van het vastgoedlandschap.

De vierde hypothese is met het bovenstaande bevestigd, maar kan uitgebreid worden:

*“Het is aannemelijk dat het toekomstig ontwerp en gebruik van zorgvastgoed zal veranderen. Er zal vermoedelijk in de eerstelijns grootschaliger gebouwd worden en in de tweedelijns kleinschaliger om overtollige vierkante meters tegen te gaan. Daarnaast zal er wellicht ook flexibel of multifunctioneel gebouwd gaan worden om een gebouw mee te kunnen laten bewegen met veranderende zorgconcepten en hierop aan te kunnen passen.”*

## **7.7 Conclusie**

Op basis van de vragen die gesteld zijn aan de respondenten tijdens het interview kan er antwoord worden gegeven op de vijfde deelvraag: *“Welke toekomstige (nieuwe) zorgconcepten zijn er te verwachten in de curatieve gezondheidszorg en wat is de ruimtelijke vertaling daarvan?”*.

In de curatieve gezondheidszorg zijn de volgende toekomstige (nieuwe) zorgconcepten te verwachten:

- Anderhalfslijnsgezondheidscentra (of andere zorgconcepten in het overgangsgebied van de eerstelijns naar de tweedelijns);
- Zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken in allerlei tussenvormen;
- Zorgverzamelgebouwen (of andere multifunctionele zorgconcepten);
- Zorgconcepten in combinatie met derdelijnszorg;
- Zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen.

De ruimtelijke vertaling van deze toekomstige zorgconcepten qua locatie is dat de zorg steeds meer geconcentreerd zal worden op één locatie dan wel in één gebouw. Als locatie zal veelal gekozen worden voor een centraal gelegen plek in een woonwijk of stad doordat nabijheid en bereikbaarheid van belang zijn. Echter, door het ontstaan van zowel (kleinschalige) klinieken als de opsplitsing van functies binnen een ziekenhuis zou het ook kunnen zijn dat de tweedelijns zich zal verspreiden over gebouwen op meerdere locaties. Verder zal de benodigde ruimte in de eerstelijns of anderhalflijns toenemen en in de tweedelijns zal deze vermoedelijk afnemen. Bij het ontstaan van multifunctionele zorgconcepten of zorgconcepten waarin de eerste en/of tweedelijns worden samengebracht met zorggerelateerde voorzieningen of de derdelijns zou het ruimtebeslag echter kunnen doen toenemen. Toch kan er niet gesproken worden van een toename per saldo, omdat er sprake is van een bepaalde verschuiving. Daarnaast gaat het gepaard met technologische ontwikkelingen en een efficiënter gebruik van het vastgoed waardoor het ruimtebeslag enigszins zou kunnen inkrimpen.

Er kan tevens antwoord worden gegeven op de zesde deelvraag: *“In hoeverre komen de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten overeen met de kernelementen van de bestaande locatietheorieën of wijken zij daarvan af en zo ja, in welk opzicht?”*.



### ***Christaller***

Christaller veronderstelt een hiërarchie van centrale plaatsen. Wanneer de concentratie en specialisatie in de zorg zich verder doorzet, zal de hiërarchie gehandhaafd blijven in de curatieve gezondheidszorg. Hoewel er een bepaalde spreiding zal blijven bestaan in de acute zorg vanwege de eisen die worden gesteld aan bereikbaarheid, zal er in dorpen een beperkt aantal zorgvoorzieningen aanwezig zijn, zoals eerstelijns- of anderhalfflijnsgezondheidscentra en in grotere plaatsen meer gespecialiseerde zorgvoorzieningen als zelfstandige klinieken of ziekenhuizen. Tevens zullen de gespecialiseerde klinieken zich eerder vestigen in een grote stad dan in een klein dorp. Echter, de hiërarchie kan worden doorkruist wanneer zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken zich op andere centraal gelegen locaties vestigen, zoals high traffic locaties. Dit zijn locaties waar sprake is van veel passanten, zoals OV knooppunten, luchthavens, voetbalstadions en grootschalige publieke omgevingen. Er zal dan een diffuser patroon ontstaan.

Het empirisch onderzoek wijst tevens op een nieuwe variabele: het belang van kwaliteit ten koste van de afstand. De factoren die hierbij een rol spelen zijn o.a. informatie, inkomen en mobiliteit. De patiënt maakt een steeds bewustere keuze voor een zorgaanbieder welke gebaseerd is op de kwaliteit van zorg die geboden wordt. De patiënt zal voor de eenvoudige zorg geneigd zijn naar de dichtsbijzijnde zorgaanbieder te gaan, maar voor de (hoog) complexe zorg is de patiënt bereid om verder te reizen (mate van keuzevrijheid is afhankelijk van het type zorgpolis dat een patiënt heeft afgesloten bij een zorgverzekeraar). Doordat er meer informatie beschikbaar komt, zal de patiënt zich beter kunnen oriënteren waar hij/zij terecht kan voor de beste zorg. Hoewel iedereen verplicht is om een basiszorgverzekering af te sluiten, is het inkomen bepalend of er een aanvullende zorgverzekering wordt afgesloten en in welke mate er behoefte is om de zorgvraag te laten 'vervullen'. Verder kan de patiënt door toenemende mobiliteit langere afstanden afleggen in een kortere tijd. Als gevolg van deze nieuwe factoren blijkt dat de patiënt toch anders in elkaar steekt. Er bestaat geen uniforme zorgbehoefte, deze is eerder veelvormig. Dit zal ertoe leiden dat het zorgaanbod anders zal worden, in beweging zal komen om zich op de vraag aan te sluiten.

### ***Hotelling***

De toekomstige zorgconcepten komen overeen met het agglomeratie-effect van de locatietheorie van Hotelling. Zorgaanbieders zullen zich vestigen op één locatie of in één gebouw waarbij al dan niet met elkaar samengewerkt wordt.

### ***Myrdal***

De cumulatieve causatie van Myrdal kan van toepassing zijn bij anderhalfflijnsgezondheidscentra of andere zorgconcepten in het overgangsgebied van de eerstelijns naar de tweedelijns, het ontstaan van deze zorgconcepten zou rondom de huisarts kunnen plaatsvinden. Dit hoeft echter niet het geval te zijn bij de overige toekomstige zorgconcepten.

In hoofdstuk 8 wordt de haalbaarheid van de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten beoordeeld.

## 8. Haalbaarheid toekomstige (nieuwe) zorgconcepten

### 8.1 Inleiding

In hoofdstuk 7 zijn de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in de curatieve gezondheidszorg beschreven. In dit hoofdstuk staat de laatste deelvraag centraal: *“Wat is de haalbaarheid van de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in de curatieve gezondheidszorg?”*. Er zal vastgesteld worden welke zorgconcepten een kans hebben op verwezenlijking. In paragraaf 8.2 zal ingegaan worden op de vaststelling van de criteria en de wijze van beoordelen. Vervolgens zullen in paragraaf 8.3 de eindscores worden besproken en in paragraaf 8.4 zal een gevoeligheidsanalyse worden uitgevoerd. Tot slot volgt de conclusie in paragraaf 8.5.

### 8.2 Criteria en wijze van beoordelen

Aan de hand van positieve of negatieve scores van de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten op een aantal onderscheiden criteria, kan de kans op verwezenlijking worden beoordeeld. Recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg kunnen de kans op verwezenlijking vergroten dan wel verkleinen, maar ook aspecten op de zorgvastgoedmarkt en de mate waarin er draagvlak bestaat, zijn van belang. Verder zal het gewicht per criterium bepaald moeten worden. Het gewicht geeft het relatieve belang weer dat aan een criterium wordt gehecht (Reinshagen, 2007). De reden hiervoor is dat de criteriumscores voor de beoordeling niet van dezelfde betekenis kunnen zijn. De toekenning van gewichten wordt kwalitatief weergegeven: zeer belangrijk, belangrijk of niet zo belangrijk. De gewichten zijn bepaald op basis van de gesprekken met de respondenten. De onderscheiden criteria met bijbehorend gewicht staan in tabel 8.1.

Tabel 8.1: Criteria en gewichten

<b> criterium</b>	<b> Gewicht</b>
Wet- en regelgeving	Zeer belangrijk
Bevolkingsontwikkeling	Belangrijk
Kwaliteitsverhoging	Belangrijk
Samenwerking	Belangrijk
Gezonde leefstijl	Niet zo belangrijk
Technologie	Niet zo belangrijk
Huidig zorgaanbod	Zeer belangrijk
Geschikte locaties	Zeer belangrijk
Draagvlak	Belangrijk

Bron: eigen bewerking

De wet- en regelgeving is zeer belangrijk voor de kans op verwezenlijking van de toekomstige zorgconcepten, omdat hierin de financiering van de gezondheidszorg is geregeld en daarmee de mogelijkheden om nieuwe zorgconcepten te realiseren. De bevolkingsontwikkeling is belangrijk, dit bepaalt de vraag naar zorg en in zekere zin de behoefte aan toekomstige zorgconcepten. Ook de kwaliteitsverhoging van de zorg en samenwerking tussen zorgaanbieders zijn belangrijk, omdat de ontwikkeling van beide de kans op verwezenlijking van de zorgconcepten beïnvloedt. De maatschappelijke trend naar een gezonde leefstijl en medisch-technologische ontwikkelingen zijn van belang, maar minder van betekenis. Het huidig zorgaanbod en het aantal geschikte locaties zijn wel zeer

belangrijk. Wanneer er geen plaats is voor de toekomstige zorgconcepten in het huidige zorgaanbod en er niet voldoende geschikte (nieuwbouw)locaties zijn om de zorgconcepten te realiseren, zullen zij moeizaam of vrijwel niet tot stand kunnen komen. Tevens is het belangrijk dat er voldoende draagvlak bestaat voor de toekomstige zorgconcepten.

De score van een zorgconcept op afzonderlijke criteria zal worden aangegeven met plussen en minnen. Kenmerkend van kwalitatieve scores is dat zij hooguit een rangorde uitdrukken. De ordening is bekend, maar niet hoe groot de afstand tussen de scores is. Dit beperkt de mogelijkheden voor rekenkundige bewerkingen. Om de eindscore te kunnen bepalen, zullen de kwalitatieve scores kwantitatief geïnterpreteerd worden. Een eenvoudige interpretatie (aanname) daarbij is dat de afstand tussen de rangordes even groot zijn. Er is in dat geval een lineair verband tussen de scores en de rangordes kunnen in opeenvolgende getallen worden omgezet. Ook de toegekende kwalitatieve gewichten zullen op dezelfde wijze kwantitatief geïnterpreteerd worden (zie tabel 8.2).

Tabel 8.2: Kwalitatieve en kwantitatieve gewichten en scores

<i>Gewicht kwalitatief</i>	<i>Gewicht kwantitatief</i>	<i>Score kwalitatief</i>	<i>Score kwantitatief</i>
Zeer belangrijk	3	++	2
Belangrijk	2	+	1
Niet zo belangrijk	1	0	0
		-	-1
		--	-2

Bron: eigen bewerking

Na het vaststellen van de scores op afzonderlijke criteria kan met gewogen somming de eindscore van een zorgconcept worden bepaald. De kwantitatieve scores worden vermenigvuldigd met de bijbehorende gewichten en vervolgens per zorgconcept opgeteld (gesommeerd) (Reinshagen, 2007). Op basis van de resulterende eindscore per zorgconcept wordt de rangorde van de zorgconcepten bepaald, oftewel de meer of minder grote kans op verwezenlijking.

### 8.3 Beoordeling haalbaarheid toekomstige (nieuwe) zorgconcepten

In tabel 8.3 staan de scores op de onderscheiden criteria en de eindscores van de toekomstige zorgconcepten opgenomen. In bijlage 5 wordt een toelichting gegeven op de toegekende scores. Er is door de toekomstige zorgconcepten wisselend gescoord op de onderscheiden criteria: elk zorgconcept heeft op afzonderlijke criteria zowel positieve als negatieve scores. Zorgconcepten in combinatie met de derdelijn behalen de hoogste eindscore en hebben daarmee de grootste kans op verwezenlijking. De eindscores van anderhalflijnsconcepten, zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken en zorgverzamelgebouwen hebben een enigszins lagere eindscore, maar de scores liggen niet ver van elkaar af. Er kan daarom gesteld worden dat deze drie concepten een min of meer gelijke kans op verwezenlijking hebben. De kans is echter minder groot dan voor zorgconcepten in combinatie met de derdelijn. De eindscore van zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen ligt opmerkelijk lager. Deze zorgconcepten hebben dan ook de minst grote kans op verwezenlijking.

Tabel 8.3: Beoordeling haalbaarheid toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in de curatieve gezondheidszorg

<b>Criteria</b>	<b>Toekomstige zorgconcepten</b>				
	<b>Anderhalflijns- concepten</b>	<b>Zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken</b>	<b>Zorgverzamelgebouwen</b>	<b>Combinatie derdelijn</b>	<b>Combinatie zorggerelateerde voorzieningen</b>
<i>Wet- en regelgeving</i>	-	--	-	-	-
<i>Bevolkingsontwikkeling</i>	+	+	+	++	+
<i>Kwaliteitsverhoging</i>	+	++	+	+	0
<i>Samenwerking</i>	++	+	++	++	+
<i>Gezonde leefstijl</i>	0	0	0	0	+
<i>Technologie</i>	+	-	+	+	0
<i>Huidig zorgaanbod</i>	+	+	+	+	+
<i>Geschikte locaties</i>	-	+	-	0	0
<i>Draagvlak</i>	++	+	++	+	+
<b>Eindscore</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>7</b>

Bron: eigen bewerking

Tabel 8.4: Eindscores bij wijziging toegekende gewichten

<b>Wijziging gewicht(en)</b>	<b>Toekomstige zorgconcepten</b>				
	<b>Anderhalflijns- concepten</b>	<b>Zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken</b>	<b>Zorgverzamelgebouwen</b>	<b>Combinatie derdelijn</b>	<b>Combinatie zorggerelateerde voorzieningen</b>
<i>Wet- en regelgeving + Aanbod + Locaties</i>	9	9	9	13	7
<i>Kwaliteitsverhoging + Samenwerking</i>	16	15	16	19	9
<i>Technologie</i>	13	6	13	16	7
<i>Draagvlak</i>	14	11	14	15	9

Bron: eigen bewerking

## 8.4 Gevoeligheidsanalyse

Een gevoeligheidsanalyse dient om te bekijken hoe betrouwbaar en robuust de rangorde is (Reinshagen, 2007). Een verandering in gewichten kan leiden tot een andere eindscore. Dit laat de gevoeligheid zien van toekenning van andere gewichten. Een aantal criteria zal een extra zwaar gewicht worden gegeven om te zien of de eindscore anders uitvalt. Hierbij zal een kwantitatief gewicht van 4 toegepast worden. De eindscores van de toekomstige zorgconcepten bij wijziging van de toegekende gewichten staan in tabel 8.4 opgenomen.

Wanneer de criteria waarbij het gewicht 'zeer belangrijk' zijn toegekend (wet- en regelgeving, huidig aanbod en geschikte locaties) een extra zwaar gewicht wordt gegeven, wijzigt de eindscore van anderhalflijnsconcepten en zorgverzamelgebouwen. De concepten eindigen beide één punt lager en komen op dezelfde eindscore als zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken. De eindscore van zorgconcepten in combinatie met de derdelijn ligt wel iets verder af van de overige eindscores, hiermee hebben deze zorgconcepten een meer uitgesproken kans op verwezenlijking. Als twee belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg: kwaliteitsverhoging en samenwerking, een zwaarder gewicht wordt gegeven, vallen de eindscores van de zorgconcepten hoger uit, maar de rangorde verandert niet. Echter, wanneer het criterium 'technologie' zwaarder weegt, wijzigt de rangorde wel. Zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken eindigen dan onderaan, gevolgd door zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen. Zorgconcepten in combinatie met de derdelijn behalen dan weer de hoogste eindscore. Als het criterium 'draagvlak' een zwaarder gewicht wordt gegeven verandert de rangorde niet, hoewel de eindscore van zorgconcepten in combinatie met de derdelijn niet ver af ligt van de eindscores van anderhalflijnsconcepten en zorgverzamelgebouwen. Kortom, uit de gevoeligheidsanalyse blijkt dat de rangorde van zorgconcepten enigszins wijzigt wanneer er een zwaarder gewicht wordt gegeven aan de criteria 'wet- en regelgeving', 'huidig aanbod' en 'geschikte locaties' of aan het criterium 'technologie'. Toch behouden zorgconcepten in combinatie met de derdelijn de hoogste eindscore. Hoewel de rangorde niet hoeft te wijzigen, kan de hoogte van de eindscores van de zorgconcepten veranderen waardoor de verschillen iets groter of kleiner worden. Gesteld kan worden dat er een geringe mate van gevoeligheid bestaat voor toekenning van andere gewichten.

## 8.5 Conclusie

De haalbaarheid van de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten is beoordeeld. Er kan antwoord worden gegeven op de deelvraag: *“Wat is de haalbaarheid van de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten in de curatieve gezondheidszorg?”*.

- Zorgconcepten in combinatie met de derdelijn hebben de grootste kans op verwezenlijking;
- Anderhalflijnsconcepten, zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken en zorgverzamelgebouwen hebben een enigszins gelijke kans, hoewel deze kans iets minder groot is dan voor zorgconcepten in combinatie met de derdelijn;
- Zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen hebben de minst grote kans op verwezenlijking.

In het volgende hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

## **9. Conclusies en aanbevelingen**

### **9.1 Inleiding**

In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies getrokken die volgen uit de confrontatie van het literatuuronderzoek met het empirisch onderzoek. Bij de formulering van de conclusies is de directe relatie met de gestelde hypothesen verwerkt. Ook zal antwoord worden gegeven op de hoofdvraag en zullen er aanbevelingen worden gegeven tot vervolgonderzoek.

### **9.2 Conclusies**

De overgang naar meer marktwerking in de gezondheidszorg en de veranderende zorgvraag vragen om een nieuwe benadering van het zorgvastgoed. Zorgaanbieders zullen een andere vastgoedvisie moeten ontwikkelen en daarin meer vanuit een door de vraag gestuurd systeem gaan denken. De behoeften van de patiënt en de kwaliteit van de zorg die geboden wordt spelen een steeds grotere rol. Door de komst van marktwerking zal het onderscheid naar zorgaanbieders waarschijnlijk groter worden. Dit onderscheid zal door toenemende transparantie meer gebaseerd zijn op de kwaliteit van zorg, zowel de servicegerichte als de medische kwaliteit, blijkt uit het empirisch onderzoek. Het keuzegedrag van patiënten zal hierdoor worden beïnvloed, maar ook het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Uit het empirisch onderzoek volgt verder dat het onderscheid naar zorgaanbieders in de tweedelijns meer zichtbaar zal zijn dan in de eerstelijns. Bovendien is de mate van onderscheid afhankelijk van de regio, bij een hoge marktdichtheid kan de patiënt een keuze maken tussen verscheidende zorgaanbieders op een relatief korte afstand. En doordat de patiënt steeds centraler komt te staan, zal er vermoedelijk meer vanuit de vraag ontwikkeld worden in de gezondheidszorg. Dit komt tot uitdrukking in het ontstaan van nieuw zorgaanbod als de manier waarop zorg wordt verleend.

Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat zorgaanbieders steeds meer met elkaar gaan samenwerken. Samenwerking in de curatieve gezondheidszorg zal waarschijnlijk intensiveren, zowel binnen de eerste- als de tweedelijns, maar ook tussen de lijnen, zo blijkt uit het empirisch onderzoek. De kosten hoeven echter niet de aanleiding te zijn voor samenwerking, het kan ook gaan om de kwaliteit van zorg te verbeteren of om behoud van marktaandeel. Daarnaast zullen samenwerkende zorgaanbieders zich steeds vaker huisvesten in één gebouw. Gezamenlijk huisvesting zal zich voordoen in de eerstelijns of bij samenwerking tussen de eerste en de tweedelijns, maar vermoedelijk minder in de tweedelijns. Ook zal dit naar verwachting steeds meer plaatsvinden met de derdelijns. Toch zal de ontwikkeling van gezamenlijke huisvesting waarschijnlijk langzaam gaan. Uit het empirisch onderzoek volgt dat dit (vooral in steden) lastig te realiseren is doordat het aantal geschikte locaties gering is. Tevens kunnen zorgaanbieders hier terughoudend voor zijn. Als samenwerkende zorgaanbieders meer open staan voor gezamenlijke huisvesting en er ook meer mogelijkheden voor worden gecreëerd, zullen zorgaanbieders zich vaker bij elkaar huisvesten. Desalniettemin hoeft samenwerking niet gebouwgebonden te zijn. Indien gezamenlijke huisvesting zich positief zal ontwikkelen, zal de ruimtelijke spreiding van de curatieve gezondheidszorg in Nederland veranderen. De gelijkmatige verspreiding van zorgaanbieders dat zich met name voordoet in de eerstelijns, zou onderbroken kunnen worden. De bereikbaarheid van zorg voor bepaalde patiënten zou hierdoor kunnen afnemen.

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben een veranderende ruimtebehoefte tot gevolg. De ruimtebehoefte in de eerstelijns zal waarschijnlijk verschuiven door minder solopraktijken en meer groepspraktijken en gezondheidscentra en in de tweedelijns door minder ziekenhuizen en meer buitenpoliklinieken en ZBC's. Dit blijkt ook uit het empirisch onderzoek. Verder volgt uit het empirisch onderzoek dat de ontwikkeling van privéklinieken enigszins onduidelijk is, deze wordt namelijk sterk uiteenlopend geoordeeld. De ontwikkeling van de huidige curatieve zorgconcepten is qua richting wel duidelijk, de mate waarin blijkt lastiger te voorspellen. De respondenten konden hier geen duidelijk antwoord op geven of er is wisselend op gereageerd. Gesteld kan worden dat er in de curatieve gezondheidszorg eerder sprake van herverdeling van de ruimte dan van groei of afname.

De komst van marktwerking en daarmee de gewijzigde wetgeving heeft als gevolg dat de huisvestingslasten worden gekoppeld aan de omzet van zorgaanbieders. Het gebouw zal daardoor zo optimaal mogelijk moeten functioneren, elke vierkante meter moet immers terugverdiend worden. Er zal dan ook vermoedelijk kleinschaliger gebouwd worden om overtollige vierkante meters tegen te gaan. Uit het empirisch onderzoek blijkt dat dit met name geldt voor de tweedelijns, maar minder voor de eerstelijns. In de eerstelijns zal zich meer toenemende grootschaligheid voordoen (groepspraktijken en gezondheidscentra). Bovendien komt uit het literatuuronderzoek naar voren dat een gebouw mee zal moeten kunnen bewegen met veranderende zorgconcepten. Er zal naar verwachting meer aandacht zijn voor flexibel en multifunctioneel bouwen. Gezocht zal worden naar flexibele oplossingen in alternatieve aanwendbaarheid en multifunctioneel gebruik van het vastgoed, zo blijkt uit het empirisch onderzoek. De specifieke bouw van zorgvastgoed zal meer losgelaten worden, zorgvastgoed zal een meer geïntegreerd onderdeel uitmaken van het vastgoedlandschap.

Uit het literatuuronderzoek volgt dat de inloopcentra en de anderhalfflijnsklinieken uit het Verenigd Koninkrijk wellicht interessante kansen bieden voor Nederland. Daarbij blijkt uit het empirisch onderzoek dat de respondenten het ontstaan van anderhalfflijnsconcepten voorzien. Ook kan Nederland leren van de 'superziekenhuizen' in Denemarken om haar eigen specialismen te verhogen. De poortwachterfunctie van de huisarts kan versoepeld worden om de wachttijden in de gezondheidszorg te verkorten.

### **9.3 Beantwoording vraagstelling**

De hoofdvraag die aan het begin van dit onderzoek is gesteld luidt als volgt:

*“Welke ontwikkelingen zijn er gaande in de curatieve eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg en welke (nieuwe) zorgconcepten zijn te verwachten binnen het Nederlands zorgstelsel en hoe wordt de haalbaarheid daarvan beoordeeld?”*

De hoofdvraag is op te splitsen in drie vragen. Allereerst wordt de eerste hoofdvraag beantwoord: *“Welke ontwikkelingen zijn er gaande in de curatieve eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg?”*.

De volgende ontwikkelingen kunnen worden onderscheiden:

- **De wet- en regelgeving.** Op 1 januari 2008 is het bouwregime en daarmee het vergunningenstelsel afgeschaft. In de gezondheidszorg zijn prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking geïntroduceerd. Dit heeft grote gevolgen voor de wijze van financiering van zorgvastgoed en vraagt om een geheel nieuwe kijk op het vastgoed. De wet- en regelgeving bevindt zich momenteel in een transitiefase. Er bestaat nog veel onzekerheid en daarom kunnen zorgaanbieders een afwachtende houding aannemen. Bovendien speelt de ontwikkeling van ketenzorg. Welke betekenis dit zal hebben voor de huisvesting is onduidelijk;
- **Demografische ontwikkelingen.** In Nederland zal de totale omvang van de bevolking tot 2040 groeien en daarna geleidelijk afnemen. De bevolkingssamenstelling verandert, het aandeel ouderen neemt toe (dubbele vergrijzing) en het aantal allochtonen blijft groeien. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat de vraag naar zorg zal stijgen, hoewel dit per regio (sterk) kan variëren omdat bevolkingsgroei en –krimp regionaal/lokaal verschillend is;
- **Maatschappelijke ontwikkelingen.** Er is sprake van een veranderende kijk op de gezondheidszorg. Er is meer aandacht voor preventie, dit staat echter nog in de kinderschoenen. De patiënt is sneller en beter geïnformeerd, wenst keuzevrijheid en verwacht een hoge kwaliteit van zorg. Toch ligt dit iets genuanceerder. Hoewel de patiënt een hoge kwaliteit verwacht, kan niet in elk ziekenhuis dezelfde hoge kwaliteit zorg geboden worden. Daarnaast is een patiënt een gedwongen patiënt. De patiënt kan de moeite niet nemen om uit te zoeken bij welke zorgaanbieder hij/zij het beste terecht kan of gaat bij een doorverwijzing uit van de goede ervaring met de specialist of het ziekenhuis. De bewuste keuze voor een zorgaanbieder en de bereidheid om een grotere afstand af te leggen voor kwalitatief hoogwaardige zorg is afhankelijk van het type zorg. Voor eenvoudige zorg is nabijheid van belang, voor (hoog) complexe zorg wil de patiënt naar de beste zorgaanbieder en is dan ook bereid om verder te reizen. Wanneer er meer informatie beschikbaar komt over de kwaliteit van zorg, zullen patiënten (afhankelijk van het type zorgpolis) een steeds bewustere keuze gaan maken voor een bepaalde zorgaanbieder. Verder kan de patiënt ook over de grens terecht voor zorg, dit is in omvang echter nog gering en vooral zichtbaar in de grensgebieden;
- **Marktontwikkelingen.** De marktverhoudingen verschuiven tussen de actoren in de zorg. De zorgverzekeraars krijgen een andere rol toebedeeld, de regierol. Zij zullen selectiever zorg inkopen en bewuster gaan sturen op kwaliteit. Hierin past de huidige discussie over specialisatie en concentratie van zorg. De hoog complexe zorg zal geconcentreerd moeten worden zodat er een bepaald volume wordt behaald en expertise opgebouwd kan worden. Ziekenhuizen zullen zich dan specialiseren in een bepaald ziektebeeld. Dit kan echter ook voor de eenvoudige zorg welke in zelfstandige klinieken geboden kan worden. Er ontstaat op de zorgmarkt tevens meer ruimte voor commerciële zorgaanbieders en wellicht zullen ook nieuwe aanbieders, zoals buitenlandse partijen, de markt betreden. In de gezondheidszorg is sprake van meer standaardisatie, maar ook van toenemende complexe zorgsituaties. Verder vindt er schaalvergroting plaats, in de eerstelijns door de opkomst van groepspraktijken en gezondheidscentra en in de tweedelijns door fusies en samenwerkingsverbanden die worden aangegaan. Ook is sprake van schaalverkleining, nieuwe zorgaanbieders die zich richten op nichemarkten. Daarnaast is er een verschuiving zichtbaar van tweedelijnszorg naar de eerstelijns. De overheid en zorgverzekeraars stimuleren om de eenvoudige diagnostiek, zoals de echo en ECG, naar de eerstelijns te halen, omdat zorg daar goedkoper geboden kan worden;



- **Medisch-technologische ontwikkelingen.** Technologische ontwikkelingen kunnen leiden tot een relatieve afname van de zorgvraag doordat er in een kortere tijd aan de zorgvraag voldaan kan worden, maar er worden ook meer ziekten gediagnosticeerd die tevens behandeld kunnen worden, wat zou kunnen leiden tot een relatieve toename van de zorgvraag.

De tweede hoofdvraag luidt als volgt: *“Welke (nieuwe) zorgconcepten zijn te verwachten binnen het Nederlands zorgstelsel?”*.

De respondenten in dit onderzoek hebben aangegeven dat de volgende (nieuwe) zorgconcepten te verwachten zijn:

- **Anderhalflijsgezondheidscentra.** De verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerstelijns zal om nieuwe concepten vragen. Er zullen vermoedelijk zorgconcepten ontstaan die in het overgangsgedebied van de eerstelijns naar de tweedelijns liggen;
- **Zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken.** Een deel van de ziekenhuiszorg zal waarschijnlijk worden overgeheveld naar kleinschaligere klinieken, mede door het afnemen van het aantal ziekenhuizen en de toenemende specialisatie. De zelfstandige klinieken kunnen zich in allerlei tussenvormen voordoen;
- **Zorgverzamelgebouwen.** Er zal naar verwachting meer zorgvastgoed worden ontwikkeld met een multifunctioneel karakter. In een zorgverzamelgebouw (of andere multifunctionele zorgconcepten) kan een verscheidenheid aan zelfstandige praktijken of klinieken zich vestigen en de voorzieningen in het gebouw met elkaar delen en al dan niet met elkaar samenwerken;
- **Zorgconcepten in combinatie met derdelijnszorg.** Er zullen vermoedelijk meer zorgconcepten ontstaan waarin de eerstelijns en/of tweedelijns wordt samengebracht met de derdelijns;
- **Zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen.** Naar verwachting zal zorg meer gecombineerd worden met andere gerelateerde voorzieningen, zoals sport, beauty en wellness (leisure).

Tot slot zal de derde hoofdvraag worden beantwoord: *“Hoe wordt de haalbaarheid van de (nieuwe) zorgconcepten beoordeeld?”*.

Op basis van positieve of negatieve scores op een aantal onderscheiden criteria, is de kans op verwezenlijking van de (nieuwe) zorgconcepten beoordeeld. Uit de beoordeling volgt dat zorgconcepten in combinatie met de derdelijns de meest grote kans op verwezenlijking hebben, deze concepten behalen de hoogste eindscore. Eveneens in de gevoeligheidsanalyse die is uitgevoerd om de betrouwbaarheid van de rangorde na te gaan, behouden de concepten de hoogste eindscore. Anderhalflijsconcepten, zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken en zorgverzamelgebouwen hebben een min of meer gelijke kans op verwezenlijking, de eindscores van deze concepten liggen niet ver van elkaar af. Deze kans is minder groot dan voor zorgconcepten in combinatie met de derdelijns, maar groter dan voor zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen. De eindscore van deze zorgconcepten ligt beduidend lager en hebben daardoor de minst grote kans op verwezenlijking.

## **9.4 Aanbevelingen**

Aan de hand van de conclusies worden de volgende aanbevelingen tot vervolgonderzoek gegeven.

### ***Concretiseren toekomstige (nieuwe) zorgconcepten***

Aanbevolen wordt om onderzoek te doen naar een verdere concretisering van de vastgestelde toekomstige (nieuwe) zorgconcepten. Onderzocht kan worden op welke locaties de zorgconcepten zich voor zullen doen, welke eisen hieraan worden gesteld, maar ook welke eisen aan het vastgoed worden gesteld. De ruimtelijke consequenties die de zorgconcepten met zich meebrengen kan nagegaan worden.

### ***Verkenning (nieuwe) zorgconcepten derdelijn***

Deze masterthesis zoomt in op de curatieve gezondheidszorg en dan met name op de eerste- en tweedelij. Als aanbeveling kan, onder verwijzing naar de afbakening van deze thesis, een verkenning naar (nieuwe) zorgconcepten in de derdelijn tot versterking van inzichten leiden.

### ***Mogelijkheden tot samenwerking***

Doordat samenwerking in de curatieve gezondheidszorg naar verwachting zal intensiveren, kan onderzocht worden hoe samenwerking binnen de eerste- en de tweedelij, maar ook tussen de lijnen, vorm gegeven kan worden. Er kan nagegaan worden op welke manier er efficiënt samengewerkt kan worden en of gezamenlijke huisvesting hierbij noodzakelijk is. Tevens wordt aanbevolen om onderzoek te doen naar de samenwerkingsmogelijkheden met de derdelijn.

### ***Locaties voor gezamenlijke huisvesting***

Volgens meerdere respondenten is het vinden van een geschikte locatie voor gezamenlijke huisvesting niet altijd gemakkelijk. Onderzocht kan worden welke mogelijkheden er zijn in het huidige aanbod dan wel welke mogelijkheden er gecreëerd kunnen worden om deze problematiek op te helderen.

### ***Ontwikkeling privéklinieken***

Er zou tevens meer onderzoek gedaan kunnen worden naar de ontwikkeling van privéklinieken. Uit de interviews die in het kader van voorliggende thesis met respondenten gehouden zijn, wordt geen duidelijk beeld van die kennis verkregen.

### ***De rol van de patiënt, gemeenten en woningcorporaties***

Naast voorgaande aanbevelingen wordt een onderzoek naar de rol van de patiënt ook aanbevolen. Uit de interviews volgt dat verscheidende respondenten verwachten dat patiëntenorganisaties meer invloed zullen krijgen. Ook uit de maatschappelijke ontwikkelingen blijkt dat de patiënt een steeds belangrijkere positie krijgt. Nagegaan kan worden hoe de toekomstige rol van de patiënt/patiëntenorganisaties eruit ziet en hoe zij nieuwe zorgconcepten kunnen initiëren dan wel hierin sturend kunnen zijn. Tevens wordt er door respondenten gesproken over de rol die gemeenten of woningcorporaties kunnen spelen. Welke rol er voor deze partijen is weggelegd en hoe deze rol op een juiste wijze ingevuld kan worden, wordt aanbevolen om te onderzoeken.

## 9.5 Reflectie

In de reflectie wordt teruggekeken op het eindresultaat van het onderzoek.

Door middel van het onderzoek zijn de recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg inzichtelijk gemaakt. De zorgvastgoedmarkt kan daardoor beter begrepen worden. Tevens is er een visie ontstaan op de toekomstige huisvestingsconcepten van de curatieve zorg. De doelstelling van het onderzoek is hiermee bereikt. ABZV, maar ook andere partijen in de gezondheidszorg kunnen inspelen op de toekomstige zorgvastgoedmarkt en hun werkzaamheden optimaliseren. Vanuit de toekomstige visie kan beleid ontwikkeld worden en passend advies gegeven worden.

Het onderzoek kende een aantal mee- en tegenvallers. De respondenten die zijn benaderd reageerden veelal enthousiast op het onderzoek en wilden medewerking verlenen. De eerste afspraken voor een interview waren dan ook snel gemaakt. Hoewel er gesproken is met een organisatie die ondersteuning biedt bij de oprichting van zelfstandige klinieken, is het teleurstellend dat er niet gesproken is met een ZBC of privékliniek. Mogelijk is hierdoor belangrijke kennis achterwege gebleven.

Een andere tegenvaller was echter dat het onderzoek meer tijd in beslag heeft genomen dan was voorzien. Dit is deels te wijten aan de persoonlijkheid van de auteur. Het in één keer goed willen doen en het overdenken voordat er iets op papier wordt gezet, heeft ertoe geleid dat er op een langzamere wijze geschreven is. Hieruit kan lering worden getrokken voor de toekomstige loopbaan. Er zal dan ook onder een bepaalde tijdsdruk gewerkt worden aan bijvoorbeeld notulen en rapporten. Een andere werkwijze zal aangeleerd moeten worden om vlotter te kunnen schrijven. Bovendien hebben de interviews veel tijd gekost, met name het uitschrijven en het verwerken van alle vergaarde informatie. Om het onderzoek sneller te laten verlopen is na circa vijf maanden in overleg afgesproken om in plaats van vier dagen twee dagen per week werkzaamheden te verrichten voor ABZV, zodat de overige dagen ongestoord (op kantoor of thuis) aan het onderzoek gewerkt kon worden.

# Literatuurlijst

## **Boeken**

Atzema, O.A.L.C., J. Lambooy, T. Rietbergen en E. van Wever (2002) *Ruimtelijke economische dynamiek – kijk op bedrijfslocatie en regionale ontwikkeling*. Bussum: Coutinho.

Baarda, D.B. en M.P.M. de Goede (2006), *Basisboek methoden en technieken*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Baarda D.B., M.P.M. de Goede en J. Teunissen (2009) *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bolt, E.J. (2003) *Winkelvoorzieningen op waarde geschat – theorie en praktijk in eigen beheer uitgegeven*. Merkelbeek: Drukkerij Bakker.

Bryman, A. (2004) *Social research methods*. Oxford: University press.

Flowerdew, R. and D. Martin (2005) *Methods in Human Geography, a guide for students doing a research project*. Second Edition, Pearson Education Limited, Harlow, England.

Fritzsche, C., J.K. Hoepel en L. Kaper (2005) *Huisvesting is Strategisch Goed*, wegwijzer voor vastgoedmanagement in ziekenhuizen. Amersfoort: Twynstra Gudde Adviseurs en Managers (3e druk).

Van de Rijdt-Van de Ven, A.H.J. (2003) *Handboek: oprichten van een gezondheidscentrum of HOED*. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra.

Velde, M. van der, P.G.W. Jansen, I.A. Telting (2000), *Bedrijfswetenschappelijk onderzoek: van probleemstelling tot presentatie*. Baarn: H. Nelissen.

Verhoeven, N. (2007) *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hogeronderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

## **Publicaties**

ActiZ en College bouw zorginstellingen (2007) *Hoe is het uitzicht? – 16 visies op wonen met zorg voor ouderen*. Utrecht: gemeenschappelijke publicatie van ActiZ en het College bouw zorginstellingen.

Alford, S. (2008) Polyclinics to replace traditional doctors' surgeries. In: *The Sunday Times*, February 16, 2008.

Anell, A. (2008) *The Swedish Health Care System*. Verkrijgbaar via:  
[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Sweden Country Profile 2008%20pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Sweden%20Country%20Profile%202008%20pdf.pdf)

Bakker, D.H. de, J.J. Polder, E.M. Sluijs, H.F. Treurniet, N. Hoeymans en L. Hingstman (2005) *Op één lijn – toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Beets, E.J. (2007) *Health Care Fund - een onderzoek naar de haalbaarheid van het oprichten van een Health Care vastgoedfonds*. Amsterdam: Amsterdam School of Real Estate.

Björnberg, A., B. Cebolla en S. Lindblad (2009) *Euro Health Consumer Index 2009 Report*. Health Consumer Powerhouse AB, 2008.

Boyle, S. (2008) *The UK Health Care System*. Verkrijgbaar via:  
[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Denmark Country Profile 2008%20pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Denmark%20Country%20Profile%202008%20pdf.pdf)

Busse, R. en A. Riesberg (2004) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, Vol. 6 No. 9.

Busse, R. (2008) *The German Health Care System*. Verkrijgbaar via:  
[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Germany Country Profile 2008 2%20pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Germany%20Country%20Profile%202008%20pdf.pdf)

Bruin, A. de, G. Verweij en S. van Wieren (2008) *Hoe groot is het gebruik en neemt het toe of af?* Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen [CBZ] (2005) *Strategische positie vastgoed – signaleringsrapport*. Utrecht: CBZ.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen [CBZ] (2005) *Curatieve basiszorg: vraag, aanbod en infrastructuur. Signaleringsrapport*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.

College Tarieven Gezondheidszorg Zorgautoriteit i.o., College Bouw Zorginstellingen, Stichting DBC-Onderhoud (2006) *Normatieve kapitaallastencomponenten: prestaties op juiste waarde geschat. Presentatie van de producten van de projectgroep kapitaallasten en nkc's*. Utrecht: CBZ.

Cuppen, M. (2007) *Eerstelijnsvastgoed: een verkennend onderzoek naar huisvesting in de eerstelijnszorg*. Amsterdam: Amsterdam School of Real Estate.

Deuning, C.M. (2010) *Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2010*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Durand-Zaleski I. (2009) *The French Health Care System*. Verkrijgbaar via:  
[http://www.commonwealthfund.org/Topics/International-Health-Policy/Countries/~media/Files/Publications/Other/2010/Jun/International%20Profiles/1417\\_Squires Intl Profiles France.pdf](http://www.commonwealthfund.org/Topics/International-Health-Policy/Countries/~media/Files/Publications/Other/2010/Jun/International%20Profiles/1417_Squires Intl Profiles France.pdf)

Eurostat (2010) *Europe in figures - Eurostat yearbook 2010*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Foets, M., F. van der Lucht en M. Droomers (2006) *Zijn er verschillen naar etniciteit?* Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Giannakouris, K. (2008) *Population and social conditions - Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*. Eurostat Statistics in focus, 72/2008. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Glenngård, A.H., F. Hjalte, M. Svensson, A. Anell en V. Bankauskaite (2005) *Health Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005, Vol. 7, No. 4.

Hansen, J., M. van Greuningen en R.S. Batenburg (2010) *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn*. Utrecht: NIVEL.

Hingstman, L. en R.J. Kenens (2010) *Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2010*. Utrecht: NIVEL.

Janse, A.F.C., J.B.F. Hutten en P. Spreeuwenberg (2002) *Patiënten oordelen over ziekenhuizen II, ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht: NIVEL.

Klazinga, N. (2008) *The Dutch Health Care System*. Verkrijgbaar via:  
<http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Netherlands Country Profile 2008%20pdf.pdf>

Klein Haarhuis, M.S.A. (2009) *De scanmethode voor het vastgoed in de zorg*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS] (2005) *Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg*. Tweede kamer 2004-2005, 27659, nr.52.

Nederlandse Zorgautoriteit [NZa] (2006) *Quick scan in de care, onderzoek normatieve huisvestingscomponent*. Utrecht: NZa.

Nivel en RIVM (2001) *Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk*. Bilthoven: RIVM.

PriceWaterhouseCoopers [PWC] (2006). *Corporate finance, rentelasten en integrale bedrijfsvoering van zorginstellingen*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Dossier management van vastgoed in de zorgsector. Zoetermeer: RVZ.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [RVZ] (2001a) *Care en cure*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [RVZ] (2001b) *Dossier Medisch-specialistische zorg in de toekomst*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [RVZ] (2010) *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Reinshagen, E.A. (2007) *Formalisering van toekenning van gewichten binnen een Multi Criteria Analyse - Een toepassing op de bypass bij Kampen*. Verkrijgbaar via: [http://essay.utwente.nl/713/1/scriptie\\_Reinshagen.pdf](http://essay.utwente.nl/713/1/scriptie_Reinshagen.pdf)

Robinson, R. and A. Dixon (1999) *Health Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 1999.

Sanderse, C., A. Verweij en J. de Beer (2010) *Wat zijn de verwachtingen voor de toekomst?* Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Sandier, S., V. Paris and D. Polton (2004) *Health care systems in transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, Vol. 6, No. 2.

Schreuder, R.F. en P.W.E. van Rijn (2003) *Trendsurvey Thuiszorg*. Leiden: STG/HMF. Stichting Farmaceutische Kengetallen [SFK] (2010) *Data en feiten 2010, Het jaar 2009 in cijfers*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.

Stichting Farmaceutische Kengetallen [SFK] (2008) *Data en feiten 2008*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.

Strandberg-Larsen, M., M.B. Nielsen, S. Vallgård, A. Krasnik, K. Vrangbaek en E. Mossialos (2007) *Denmark: Health system review. Health Systems in Transition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007, Vol. 9, No. 6.

Twynstra Gudde en TU Delft (2008) *Zorgvastgoedmonitor*. Amersfoort: Twynstra Gudde Adviseurs en Managers.

Velden, L.F.J. van der, et al. (2003) *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in grote steden*. Utrecht: NIVEL.

Vereniging voor Artsen-Automobilisten [VVAA] (2006) *Medisch specialisten over privéklinieken en ZBC's, enquête resultaten*. Utrecht: VVAA business care.

Verheij, R.A., et al. (2006) *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg, feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM

Vijssel, A. van (2009) *De vraag naar zorg in ziekenhuizen – Analyse ontwikkelingen in de afgelopen jaren en scenario's voor de ontwikkelingen tot 2020*. Utrecht: TNO.

Vrangbaek, K. (2008) *The Danish Health Care System*. Verkrijgbaar via: [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Denmark\\_Country\\_Profile\\_2008%20pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Denmark_Country_Profile_2008%20pdf.pdf)

Wildt, J.E. de (2009) Cambridge conclusions, lessons learned from British National Health Service. In: *De Eerstelijn*, 2009, vol. 3, pag. 43-45.

## **Artikelen**

ABN AMRO (2007) Gezondheid en welzijn: Medisch specialisten. In: *Visie op sectoren 2007*, p. 220-221.

Blauw, R. van (2009) Kloof tussen zorg en vastgoedsector. In: *PropertyNL Magazine*, 11/12, p. 46-47.

Cutler, D.M. (2002) Equality, efficiency and market fundamentals, the dynamics of international medical-care reform. In: *Journal of Economic Literature*, vol. XL, p. 881-906.

Diekman, A. (2008) Ontwikkelaars en zorgsector zoeken voorzichtig toenadering. In: *PropertyNL Magazine*.

Hoepel H, S. Visser en J. De Vries (2009), Zicht op de omslag in zorgvastgoed. In: *Real Estate*, 63, p. 17-21.

Hoeven, I. van der (2008) 'Van maximalisatie naar optimalisatie', In: *Weekblad Facilitair & Gebouwenbeheer*, 118, p. 8-9.

Kiers, B. (2010) De poort naar het ziekenhuis. In: *Zorgvisie*, jaargang 40, nummer 3.

Klamer, A. (2008) Gezondheidszorg gaat over iets heel anders. In: *ZM Magazine*, 11, p. 9.



Kriek, R.J. en R. Dooyeweerd (2009) *Risicovol investeren in zorgvastgoed? – Financieren van zorgvastgoed vanuit drie gezichtspunten*, In: *Real Estate Magazine*, 63, p. 22-25.

Ommeren, A. van (2005) Baas over eigen Buidel – De normatieve huisvestingscomponent, In: *Technologie in de gezondheidszorg*, 8, p. 6-9.

Peters-van Dommelen, D. en C. Schipper (2008) Vastgoedontwikkeling en vastgoedexploitatie in de zorg, In: *Real Estate*, 58, p. 22-25.

Piersma, J. (2009) Privékliniek komt snel uit de marge van de zorgmarkt, In: *Het Financieel Dagblad*, 2 december 2009, p. 3.

Rötscheid, R. en P. Diepstraten (2007) Zorgvastgoed in de toekomst, In: *Vastgoed Fiscaal & Civiel*, 12, p. 13-16.

Verweij, M. en F. Bisschop (2006) Ingrijpende systeemwijziging voor financiering zorgvastgoed, In: *ZM Magazine*, 1, p. 7-10.

Voordt, D.J.M. van der (2005) Klantgericht bouwen in de zorgsector: een hele onderneming!, In: *BOSS Magazine*, 26, p. 24-27.

## **Internet**

<http://www.artsinzweden.nl> (bezoekt op 04-01-2011)

<http://www.cbs.nl> (bezoekt op 28-10-2010)

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/> (bezoekt op 03-01-2011)

<http://www.depers.nl> CZ boycot zes ziekenhuizen (bezoekt op 30-09-2010)

<http://www.evd.nl> Denemarken: forse investeringen in ziekenhuizen (bezoekt op 10-01-2011)

<http://www.lvg.org> (bezoekt op 24-11-2010)

<http://medischetechnologie.fhi.nl/content/view/14/> (bezoekt op 15-09-2010)

<http://www.mixe.nl/medische-marketing/de-zorg-als-markt/> (bezoekt op 15-09-2010)

<http://www.nationaalkompas.nl> (bezoekt op 30-11-2010)

[www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata) OECD Health Data 2010 (bezoekt op 08-02-2011)

<http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl> (bezoekt op 02-08-2010)

<http://www.vastgoedmonitor.nl> (bezoekt op 28-10-2010)

<http://www.zorgatlas.nl> (bezoekt op 30-11-2010)

<http://www.zorgvisie.nl> VWS wil specialisten extra korten in 2011 en 2012 (bezoekt op 10-06-2011)

## **Bijlage 1: Toelichting keuze Europese landen**

Om te achterhalen of de curatieve gezondheidszorg er in andere Europese landen anders uitziet dan in Nederland wordt er gekeken naar Duitsland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Zweden. Deze landen beschikken over een vergelijkbare demografische opbouw als Nederland.

### ***Bevolkingsgroei***

Zoals blijkt uit onderstaand figuur kenmerken de landen zich in een geringe bevolkingsgroei in de afgelopen vijf jaar. In Nederland, Frankrijk en Denemarken nam de bevolkingsgroei geleidelijk iets af, in Zweden is de groei de afgelopen jaren redelijk gelijk gebleven. In Duitsland was in 2010 sprake van een negatieve bevolkingsgroei, daarentegen is de bevolkingsgroei in het Verenigd Koninkrijk in datzelfde jaar vertweevoudigd. Eurostat (2010) heeft een prognose gemaakt van de totale bevolking in Europese landen tot 2060. De toekomstige verwachtingen variëren, zo zal in Nederland de bevolking tot 2040 toenemen en daarna geleidelijk afnemen. In Duitsland zal naar verwachting de totale bevolking dalen met circa 11 miljoen. Daarentegen wordt in het Verenigd Koninkrijk een aanzienlijke bevolkingsgroei verwacht, tussen 2010 en 2060 zal de bevolking toenemen met circa 14 miljoen. In Frankrijk, Denemarken en Zweden zal de bevolking geleidelijk iets toenemen.

### ***Leeftijdsopbouw***

De huidige leeftijdsopbouw van de bevolking is in de zes landen min of meer gelijk. In Duitsland is het aandeel ouderen iets groter, in dit land is de vergrijzing al enigszins zichtbaar. Toch zullen ook de andere landen te maken krijgen met een ouder wordende bevolking. Volgens Giannakouris (2008) zal naar verwachting het aandeel mensen van 65 jaar of ouder in de totale bevolking van de 27 EU-landen van 17 procent in 2008 stijgen naar 30 procent in 2060. Het aandeel mensen van 80 jaar of ouder zal naar verwachting van 4,5 procent in 2008 stijgen naar 12 procent in 2060.

### ***Geboorte- en sterfte***

Het geboorte- en sterftcijfer ligt in de landen eveneens op ongeveer hetzelfde niveau. Er zijn echter een aantal geringe verschillen. Het geboortecijfer in Nederland, Denemarken en Zweden neemt geleidelijk af. In Duitsland ligt het geboortecijfer iets lager en is de afgelopen jaren ongeveer gelijk gebleven. Het Verenigd Koninkrijk kent ook een stabiel geboortecijfer, hoewel in 2010 het geboortecijfer is gestegen. Frankrijk kent daarentegen een hoger geboortecijfer dan de andere Europese landen, na een stijging in 2007 is het geboortecijfer geleidelijk gedaald. Hoewel de sterftcijfers in Frankrijk iets lager liggen, liggen zij in de andere Europese landen hoger dan in Nederland. In Nederland, Duitsland en Frankrijk is een lichte stijging van het sterftcijfer zichtbaar en in het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Zweden neemt het sterftcijfer licht af.

### ***Levensverwachting***

De levensverwachting ligt in de landen op ongeveer 80 jaar. Frankrijk kent de hoogste levensverwachting, Denemarken de laagste (resp. 81,1 en 78,5 jaar).

## Vruchtbaarheid

In Nederland, Denemarken en Zweden ligt de vruchtbaarheid op ongeveer hetzelfde niveau. Duitsland kent een lagere vruchtbaarheid, terwijl Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk een iets hogere vruchtbaarheid kennen.

Figuur: Demografische gegevens

	NL	DL	FR	VK	DK	ZW
<i>Totale bevolking (1 januari 2010, mln.)*</i>	16.5	82.1	62.8	62.0	5.5	9.3
<i>Bevolkingsgroei (%)*</i>						
2006	0,49	0,02	0,35	0,28	0,33	0,16
2007	0,46	0,03	0,59	0,27	0,31	0,15
2008	0,43	0,04	0,57	0,27	0,29	0,15
2009	0,41	0,05	0,55	0,27	0,28	0,15
2010	0,39	-0,06	0,53	0,56	0,27	0,16
<i>Prognose bevolking (1 januari, mln.)**</i>						
2020	16.9	81.5	65.6	65.7	5.7	9.9
2030	17.2	80.2	68.0	69.2	5.8	10.3
2040	17.2	77.8	69.9	72.0	5.9	10.5
2050	16.9	74.5	71.0	74.5	5.9	10.7
2060	16.6	70.8	71.8	76.7	5.9	10.9
<i>Leeftijdsopbouw (% totale bevolking)**</i>						
0-14 jaar	17,9	13,7	18,5	17,6	18,4	16,8
15-24 jaar	12,1	11,6	12,8	13,4	11,7	13,0
25-49 jaar	35,6	36,0	33,7	34,9	34,4	33,0
50-64 jaar	19,7	18,6	18,6	18,0	19,9	19,6
65-79 jaar	11,0	15,3	11,5	11,6	11,5	12,2
80 jaar en ouder	3,8	4,6	4,9	4,5	4,1	5,3
<i>Geboortecijfer (geboorte/1.000 inw.)*</i>						
2006	10,90	8,25	11,99	10,71	11,13	10,27
2007	10,70	8,20	12,91	10,67	10,91	10,20
2008	10,53	8,18	12,73	10,65	10,71	10,15
2009	10,40	8,18	12,57	10,65	10,54	10,13
2010	10,30	8,21	12,43	12,34	10,40	10,14
<i>Sterftecijfer (sterfte/1.000 inw.)*</i>						
2006	8,68	10,62	9,14	10,13	10,36	10,31
2007	8,69	10,71	8,55	10,09	10,30	10,27
2008	8,71	10,80	8,48	10,05	10,25	10,24
2009	8,74	10,90	8,56	10,02	10,22	10,21
2010	8,78	11,00	8,65	9,33	10,19	10,20
<i>Levensverwachting (bij geboorte, jaren)*</i>	79,6	79,4	81,1	79,9	78,5	80,1
<i>Vruchtbaarheid (kinderen/vrouw)*</i>	1,66	1,42	1,97	1,92	1,74	1,67

Bron: World Factbook, 2010\* en Eurostat, 2008\*\*.

## **Bijlage 2: Europese zorgstelsels en zorgconcepten**

In deze bijlage zal een korte omschrijving worden gegeven van het zorgstelsel als de toegepaste curatieve zorgconcepten per Europees land. Achtereenvolgens komt Nederland, Duitsland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Zweden aan bod.

### **1. Nederland**

#### *Financiering van de gezondheidszorg*

Sinds 2006 is de zorgverzekering een verplichte ziektekostenverzekering voor alle ingezetenen van Nederland. Het onverzekerde deel van de bevolking wordt geschat op 1,5 procent. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om een standaardpakket te bieden, de overheid stelt de inhoud van deze basisdekking vast. Daarnaast is iedereen verzekerd voor chronische en geestelijke gezondheidszorg onder de wettelijke AWBZ regeling. Het merendeel van de bevolking kiest ook voor een aanvullende particuliere ziektekostenverzekering voor zorg die niet onder de basisdekking valt (Klazinga, 2008). De gezondheidszorg in Nederland wordt gefinancierd door inkomensafhankelijke bijdragen die via de belasting worden ingehouden en de premies die worden betaald door de verzekerde. Sinds 2008 geldt een eigen risico voor volwassenen. De eerste € 165 van de kosten van de gezondheidszorg in een bepaald jaar moet door de verzekerde zelf betaald worden (er gelden een aantal uitsluitingen). De overheid betaalt de premies van kinderen tot de leeftijd van 18 jaar. Daarnaast biedt de overheid zorgtoeslagen aan burgers met een laag inkomen (Klazinga, 2008).

#### *Kwaliteit van de gezondheidszorg*

Nederland stond in 2009 weer op de eerste plaats in de EHCI. Nederland eindigde in 2005 ook als eerste, en in de twee daarop volgende jaren als tweede. De EHCI pretendeert te meten welk Europees land het beste gezondheidszorgsysteem heeft en omdat Nederland de afgelopen jaren in de top 3 van de EHCI is geëindigd, veronderstelt Björnberg et al. (2009) dat Nederland het beste systeem voor de gezondheidszorg in Europa heeft. Hoewel Nederland op alle onderscheiden categorieën relatief goed wordt beoordeeld verdienen de wachttijden voor behandelingen verbetering, op dit vlak wordt Nederland voorbijgestreefd door andere Europese landen. Volgens Björnberg et al. (2009) lijken wachttijden voor behandeling van een specialist vooral te bestaan in landen waarbij de huisarts fungeert als poortwachter. De poortwachterfunctie wordt veelal aangenomen om kosten te kunnen besparen en om een continuüm van zorg te kunnen verschaffen. Toch behoort Nederland tot een van de Europese landen die de hoogste uitgaven per capita voor de gezondheidszorg kent (Björnberg et al., 2009). Nederland zou daarom volgens Björnberg et al. (2009) de poortwachterfunctie van de huisarts moeten versoepelen.

#### *Zorgconcepten in de eerste en tweedelij*

De zorgconcepten zullen hier niet besproken worden, deze zijn uitvoerig aan bod gekomen in hoofdstuk 4.

## **2. Duitsland**

### *Financiering van de gezondheidszorg*

In Duitsland is de ziekenfondsverzekering verplicht voor iedereen die minder verdient dan een periodiek herzien inkomensplafond (in 2008 € 43.000 euro per jaar). Daarboven kan men op vrijwillige basis gebruik maken van de ziekenfondsverzekering (circa 75 procent doet dit ook) of zich particulier verzekeren (Busse, 2008). Volgens Busse (2008) is in totaal ongeveer 88 procent van de bevolking verzekerd door het ziekenfonds, ongeveer 10 procent is gedekt door een particuliere ziektekostenverzekering en minder dan 1 procent heeft geen ziektekostenverzekering. De ziekenfondsverzekering wordt geregeld door meer dan 200 concurrerende ziekenfondsen, een netwerk van non-profit organisaties die samenwerken met de Duitse staat en zo de *Gesetzliche Krankenkassen* (gezamenlijke ziektekostenverzekeraars) vormen. Er is een vrije keuze van verzekeraar en de dekking is bij elke verzekeraar hetzelfde, het verschil ligt in de premies die betaald moeten worden. De particuliere ziektekostenverzekering biedt een betere dekking dan het ziekenfonds, zoals toegang tot private zorg of het nemen van een alternatieve therapie. In Duitsland gelden eigen bijdragen voor onder andere farmaceutische en tandheelkundige zorg, deze zijn overigens beperkt tot 2 procent van het gezinsinkomen (Busse, 2008).

### *Kwaliteit van de gezondheidszorg*

Duitsland staat op de zesde plaats in de EHCI 2009. Volgens Björnberg et al. (2009) komt dit met name door de matige beoordeling op de categorie 'medische resultaten' en is dit waarschijnlijk te wijten aan het feit dat het Duitse zorgstelsel een groot aantal kleine algemene ziekenhuizen kent die zich niet specialiseren. Daarnaast presteert Duitsland gemengd op de categorieën 'patiëntenrechten en -informatie' en 'omvang en bereik van de gezondheidszorg' en relatief slecht op 'IT toepassingen in de zorg'. De gezondheidszorg in Duitsland zou op deze punten verbeterd kunnen worden. Echter, Duitsland kent als enige van de onderzochte landen vrijwel geen wachttijden voor behandelingen.

### *Zorgconcepten in de eerstelijns*

Het merendeel van de eerstelijnszorgaanbieders in Duitsland is werkzaam in solopraktijken, ongeveer 25 procent werkt in een groepspraktijk (Busse en Riesberg, 2004). Daarnaast zijn er lokale (poliklinische) gezondheidscentra waar zorg wordt geboden door verscheidende aanbieders. De huisarts fungeert niet als poortwachter voor de tweedelijns. Patiënten mogen in Duitsland zelf hun huisarts kiezen en kunnen eveneens op eigen initiatief naar de specialist of paramedicus, voor ziekenhuisbehandelingen is echter wel een verwijzing nodig (Busse, 2008). Duitsland kende in 2008 3,6 huisartsen per 1.000 inwoners (OECD, 2010).

### *Zorgconcepten in de tweedelijns*

In Duitsland is het merendeel van de ziekenhuizen een algemeen ziekenhuis met verschillende specialisatieniveaus. Er zijn daarnaast ook academische ziekenhuizen (Busse en Riesberg, 2004). In 2008 waren er 5,7 curatieve ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners (OECD, 2010). Ziekenhuizen in Duitsland zijn voornamelijk non-profit, zowel publiek beheerd (ongeveer de helft van alle bedden) als privaat (ongeveer een derde van alle bedden). Het aantal private for profit ziekenhuizen en klinieken is volgens Busse (2008) de afgelopen jaren

met name gegroeid (ongeveer een zesde van alle bedden) door overnames van publieke ziekenhuizen.

### **3. Frankrijk**

#### *Financiering van de gezondheidszorg*

In Frankrijk heeft elke inwoner recht op een publieke ziektekostenverzekering en wordt gefinancierd uit de belastinggelden: loonbelasting (43%), inkomstenbelasting (33%), inkomsten uit belastingen op tabak en alcohol (8%), overheidssubsidies (2%) en sociale zekerheden (8%). De publiek gefinancierde gezondheidszorg staat voor 76 procent van de totale uitgaven voor de gezondheidszorg (Durand-Zaleski, 2009). Volgens Durand-Zaleski (2009) wordt de kostendeling van de publieke gezondheidszorg op grote schaal toegepast en neemt drie vormen aan: medeverzekering, eigen bijdragen en extra betalingen. De medeverzekering kan volledig vergoed worden door een aanvullende particuliere ziektekostenverzekering. Deze wordt met name aangeboden non-profit werkgeversorganisaties en dekt 87 tot 90 procent van de bevolking. De aanvullende verzekering vergoedt alleen ziektekosten die onder de publieke ziektekostenverzekering vallen. Recent zijn commerciële verzekeraars gestart met het bieden van ziektekostenverzekeringen die kosten dekken die buiten de publieke ziektekostenverzekering vallen, zoals psychotherapie en acupunctuur. De eigen bijdragen hebben een jaarlijks maximum van € 50,-. Op basis van de ervaring van artsen kunnen zij een extra betaling vragen voor hun diensten. Dit moet betaald worden door de patiënt zelf, maar zou ook vergoed kunnen worden door de eventuele aanvullende verzekering (Durand-Zaleski, 2009).

#### *Kwaliteit van de gezondheidszorg*

Hoewel Frankrijk in 2006 nog op de eerste plaats stond in de EHCI, eindigde Frankrijk in 2008 op de tiende plaats. Björnberg et al. (2009) stelt dat dit deels te wijten is aan de tekortkomingen van IT toepassingen in de gezondheidszorg. Ook in 2009 presteert Frankrijk matig op deze categorie. Op de overige categorieën wordt Frankrijk relatief goed beoordeeld. Frankrijk staat op de zevende plaats in de EHCI 2009.

#### *Zorgconcepten in de eerstelijns*

In Frankrijk werken huisartsen veelal alleen in een solopraktijk. 38 procent is werkzaam in een groepspraktijk. Frankrijk kent ook verscheidende gezondheidscentra. Artsen kunnen zelf bepalen waar zij hun praktijk vestigen. Er bestaan in Frankrijk dan ook geografische verschillen in de verdeling van huisartsen (Sandier et al., 2004). In 2009 is geprobeerd om de toegang tot zorg in achtergestelde gebieden te verbeteren door negatieve prikkels te creëren voor artsen die een praktijk willen oprichten in gebieden met een overaanbod, maar door verzet van de artsen is de maatregel ingetrokken (Durand-Zaleski, 2009). In Frankrijk lag in 2008 het aantal huisartsen per 1.000 inwoners op 3,3 (OECD, 2010). Volgens Sandier et al. (2004) hebben patiënten een vrije keuze in arts en is er geen verwijzing van een huisarts nodig om een specialist te raadplegen. In 2004 is er echter een vrijwillig poortwachtersysteem geïntroduceerd voor volwassenen (16 jaar en ouder). De poortwachterfunctie van de huisarts wordt versterkt door financiële prikkels, patiënten krijgen een hogere eigen bijdrage bij bezoeken aan een specialist zonder doorverwijzing (Durand-Zaleski, 2009).

### *Zorgconcepten in de tweedelij*

Ziekenhuizen in Frankrijk zijn publiek, privaat non-profit of privaat for-profit en kunnen zowel gespecialiseerd als niet gespecialiseerd zijn. 25 procent van de ziekenhuizen in Frankrijk is een publiek ziekenhuis en kunnen worden onderverdeeld naar een algemeen ziekenhuis, een regionaal ziekenhuis of een lokaal ziekenhuis. Ook de academische ziekenhuizen zijn publiek. De private non-profit ziekenhuizen, 35 procent van alle ziekenhuizen, zijn eigendom van stichtingen of bijvoorbeeld religieuze organisaties. De private for-profit ziekenhuizen (40 procent) hebben de neiging om zich te specialiseren in bepaalde gebieden (Sandier et al., 2004). Frankrijk kende in 2008 3,5 curatieve ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners (OECD, 2010). Toch zijn er op regionaal niveau aanzienlijke verschillen, zo stelt Sandier et al. (2004). Het aantal bedden varieerde in 1998 van 2,5 tot 6 bedden per 1.000 inwoners, met uitzondering van Parijs dat 9,8 bedden per 1.000 inwoners kende.

## **4. Het Verenigd Koninkrijk**

### *Financiering van de gezondheidszorg*

In het Verenigd Koninkrijk wordt de gezondheidszorg gefinancierd uit de belastinggelden: de National Health Service (NHS). Het land is verdeeld in regio's (primary care trusts) die een eigen budget krijgen toegewezen waaruit de uitbetaling aan zorgaanbieders wordt geregeld (De Wildt, 2009). De NHS staat voor 86 procent van de totale uitgaven voor de gezondheidszorg. Het overige deel wordt gefinancierd door premies van de particuliere verzekeringen en de eigen bijdragen voor onder andere farmaceutische en tandheelkundige zorg (Boyle, 2008). Aanvullende particuliere ziektekostenverzekeringen worden aangeboden door for-profit en non-profit verzekeraars. Deze verzekering biedt betere toegang tot zorg, een vrije keuze van specialist en hogere normen van comfort en privacy. Ongeveer 12 procent van de bevolking heeft een aanvullende ziektekostenverzekering (Boyle, 2008).

### *Kwaliteit van de gezondheidszorg*

Het Verenigd Koninkrijk wordt gemengd beoordeeld op de onderscheiden categorieën in de EHCI 2009. Het Verenigd Koninkrijk kent wachttijden voor behandelingen en ongelijke prestaties in medische resultaten. De omvang en het bereik van de gezondheidszorg wordt beter beoordeeld. Het Verenigd Koninkrijk staat op de veertiende plaats in de EHCI 2009.

### *Zorgconcepten in de eerstelij*

In het Verenigd Koninkrijk fungeren de huisartsen als poortwachters voor de tweedelij (Boyle, 2008). In 2008 lag het aantal huisartsen per 1.000 inwoners op 2,6 (OECD, 2010). De huisartspraktijken hebben een gemiddelde grootte van ongeveer 4 tot 6 huisartsen (Alford, 2008). Minder dan 10 procent van de praktijken betreft een solopraktijk (Robinson en Dixon, 1999). Naast de reguliere praktijken en groepspraktijken zijn er ook lokale gezondheidscentra. In de grote steden zijn tevens een aantal private gezondheidscentra waar patiënten direct terecht kunnen voor een consult tegen een vaste vergoeding. De centra zijn voornamelijk bedoeld voor patiënten die moeite hebben om een normale afspraak te maken bij de huisarts door bijvoorbeeld een drukke baan (Robinson en Dixon, 1999). Als aanvulling op de eerstelij kent het Verenigd Koninkrijk circa 90 inloopcentra. De inloopcentra zijn makkelijk toegankelijk waar patiënten met allerlei eenvoudige aandoeningen en verwondingen zonder afspraak kunnen worden behandeld. De centra worden veelal



geleid door een verpleegkundige en zijn bedoeld om de taak van de huisarts te verlichten. De meeste centra zijn dagelijks en ook buiten kantooruren geopend (RVZ, 2010). In 2007 is een nieuw zorgconcept geïntroduceerd door voormalig minister van Volksgezondheid Dharzi, anderhalfflijnsklinieken (polyclinics). Dit zijn klinieken waar een groter zorgaanbod wordt geboden dan door de huisarts en de lokale gezondheidscentra (Alford, 2008). Naast bijvoorbeeld huisartsenzorg, een apotheek, geestelijke gezondheidszorg, revalidatie en spoedeisende zorg biedt de kliniek ook een aantal ziekenhuisgebaseerde diensten zoals röntgenfoto's, bloedonderzoek en poliklinische afspraken. De anderhalfflijnsklinieken zijn met name bedoeld om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en meer zorg uit de ziekenhuizen te substitueren (De Wildt, 2009).

#### *Zorgconcepten in de tweedelij*

In het Verenigd Koninkrijk kan een onderscheid worden gemaakt tussen kleine lokale ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en regionale ziekenhuizen (gespecialiseerde zorg en kunnen ook academische ziekenhuizen zijn). De publieke ziekenhuizen vertegenwoordigen meer dan de helft van het totale aantal (Robinson en Dixon, 1999). Toch wordt de tweedelij ook redelijk goed bediend door de private sector. Terwijl patiënten staan ingeschreven bij een NHS huisarts, wordt de private sector veelal gebruikt voor de tweedelijnszorg zoals diagnostische tests, eenmalige behandelingen door een specialist, electieve chirurgie en de behandeling van verslaving of revalidatie. De markt wordt gedomineerd door een aantal grote ziekenhuisketens die samen een aandeel hebben van 65 procent van het totaal aantal bedden in private ziekenhuizen (Robinson en Dixon, 1999). Het Verenigd Koninkrijk kende in 2008 2,7 curatieve ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners (OECD, 2010).

## **5. Denemarken**

#### *Financiering van de gezondheidszorg*

De gezondheidszorg wordt in Denemarken voornamelijk gefinancierd via belastingen, 8 procent van het belastbaar inkomen is bestemd voor de gezondheid. De centrale overheid verdeelt deze inkomsten naar de provincies (80%) en de gemeenten (20%) (Vrangbaek, 2008). De gezondheidszorg is vrijtoegankelijk voor alle inwoners, er bestaan eigen bijdragen voor onder andere farmaceutische en tandheelkundige zorg. Volgens Vrangbaek (2008) heeft ongeveer 30 procent van de inwoners in Denemarken een aanvullende particuliere ziektekostenverzekering. Verscheidende for-profit bedrijven bieden als secundaire arbeidsvoorwaarde een aanvullende particuliere ziektekostenverzekering die toegang geeft tot private zorg in Denemarken en het buitenland.

#### *Kwaliteit van de gezondheidszorg*

In 2009 stond Denemarken op de tweede plaats in de EHCI. Denemarken wordt goed beoordeeld op de patiëntenrechten en –informatie en ook de overige categorieën worden relatief goed beoordeeld. Toch gelden ook in Denemarken wachttijden voor behandelingen.

#### *Zorgconcepten in de eerstelij*

In Denemarken fungeert de huisarts als poortwachter voor de tweedelij. Huisartsen hebben een solopraktijk (ongeveer een derde van alle huisartsen) of een groepspraktijk waarin zij samenwerken met andere huisartsen. Het aantal solopraktijken is in de afgelopen jaren

gedaald en het aantal groepspraktijken neemt toe. Deze trend wordt aangemoedigd door het ministerie van Volksgezondheid “*in order to strengthen the potential for teamwork, learning and quality improvement in primary health care*” (Strandberg-Larsen et al., 2007 pag. 101). In Denemarken wordt het aantal huisartspraktijken per regio bepaald, hierdoor is het aantal huisartsen redelijk gelijkmatig verdeeld over de bevolking en variëren de praktijken weinig in grootte. Toch wordt een aantal regio's (vooral de landelijke gebieden) geconfronteerd met moeilijkheden bij het vervangen van huisartsen die met pensioen gaan (Strandberg-Larsen et al., 2007). Het aantal huisartsen per 1.000 inwoners lag in 2007 op 3,4 (OECD, 2010).

### *Zorgconcepten in de tweedelij*

De meeste ziekenhuizen in Denemarken zijn algemene ziekenhuizen met verschillende specialisatieniveaus. Daarnaast zijn er academische ziekenhuizen en een aantal specialistische ziekenhuizen (Strandberg-Larsen et al., 2007). De meerderheid van de ziekenhuizen wordt beheerd door de provincie, ongeveer 99 procent van de ziekenhuisbedden zijn openbaar (Vrangbaek, 2008). Als reactie op de langere wachttijden en de lagere standaarden zijn in Denemarken private ziekenhuizen en klinieken opgericht waar patiënten zonder verwijzing van een arts naar toe kunnen. De zorg wordt betaald uit de particuliere ziektekostenverzekering. Ook hebben de provincies met enkele private ziekenhuizen afspraken gemaakt om bepaalde behandelingen uit te voeren (Strandberg-Larsen et al., 2007). Denemarken kende in 2008 3,0 curatieve ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners (OECD, 2010). Momenteel investeert Denemarken fors in ziekenhuizen. Denemarken wil een aantal 'superziekenhuizen' creëren met de modernste technologieën om expertise op te kunnen bouwen. Er zullen zes nieuwe ziekenhuizen worden gebouwd en een aantal bestaande ziekenhuizen worden gerenoveerd. De ziekenhuizen moeten uiterlijk in 2020 gerealiseerd zijn (<http://www.evd.nl>).

## **6. Zweden**

### *Financiering van de gezondheidszorg*

In Zweden wordt de gezondheidszorg door de overheid georganiseerd en grotendeels vanuit de belastingen gefinancierd. De Försäkringskassan, een overheidsorgaan dat belast is met de bekostiging van de gezondheidszorg, werkt als een sociale verzekering. Iedereen die in Zweden belastingplichtig is, betaalt via de belastingen deze algemene ziektekostenverzekering. Er geldt een beperkt eigen risico van maximaal 900 kronen per jaar voor doktersconsulten en maximaal 1.800 kronen per jaar voor medicijnen. Ongeveer 2,5 procent van de inwoners in Zweden heeft een aanvullende particuliere ziektekostenverzekering, deze biedt sneller toegang tot zorg en toegang tot zorg in de particuliere sector (Anell, 2008).

### *Kwaliteit van de gezondheidszorg*

Zweden staat op de achtste plaats in de EHCI 2009. Zweden wordt goed beoordeeld op de categorie 'medische resultaten', en is het enige land dat op alle subcategorieën hoog scoort (Björnberg et al., 2009). Ondanks dat de omvang en het bereik van de gezondheidszorg in Zweden relatief goed wordt gewaardeerd, zijn er in Zweden lange wachttijden voor behandelingen. Er wordt echter een garantie gegeven vanuit de provincie dat patiënten binnen drie maanden geholpen worden (Anell, 2008).

### *Zorgconcepten in de eerstelijns*

Eerstelijnsgezondheidszorg wordt in Zweden voornamelijk geboden in lokale gezondheidscentra (Vårdcentral) waar meerdere artsen samenwerken in een team van onder andere verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen en laboranten. Er is vaak ook een apotheek verbonden aan het gezondheidscentrum. De districtsverpleegkundige speelt een belangrijke rol in het opvangen van patiënten en het uitvoeren van basisbehandelingen (Glenngård et al., 2005). Huisartsen met een eigen praktijk zijn schaars in Zweden. Tandartsen, fysiotherapeuten en andere gespecialiseerde zorgaanbieders hebben vaker een eigen praktijk. Het merendeel van de lokale gezondheidscentra worden geëxploiteerd door de provincie, de artsen en medewerkers zijn in loondienst. In 2003 had Zweden circa 1.100 gezondheidscentra waarvan ongeveer 300 centra particuliere zorg bood. De private centra werken veelal onder contract bij de provincie. Er zijn weinig particuliere artsen die een directe vergoeding ontvangen van patiënten voor een behandeling (Glenngård et al., 2005). Volgens Anell (2008) is er de afgelopen jaren sprake van een trend dat meer zorg wordt uitbesteed aan particuliere zorgaanbieders. Het aantal lokale private gezondheidscentra dat onder contract werkt bij de provincie neemt toe, in een aantal regio's is ongeveer de helft van de huisartsen particulier. De eerstelijns heeft in Zweden geen poortwachterfunctie. Inwoners kunnen ervoor kiezen om direct naar het ziekenhuis te gaan of een particuliere specialist gecontracteerd door de provincie (Anell, 2008). Zweden kende in 2006 3,6 huisartsen per 1.000 inwoners (OECD, 2010).

### *Zorgconcepten in de tweedelijns*

De tweedelijnsgezondheidszorg wordt in Zweden geboden in regionale ziekenhuizen die hoog gespecialiseerde zorg leveren (dit kunnen ook academische ziekenhuizen zijn), streekziekenhuizen en lokale ziekenhuizen. Er zit wel een spreiding in de onderverdeling, kleine ziekenhuizen kunnen zowel breed georiënteerd als gespecialiseerd zijn (Glenngård et al., 2005). In Zweden waren in 2005 2,2 curatieve ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners (OECD, 2010). De publieke ziekenhuizen worden geëxploiteerd door de provincie en de private ziekenhuizen werken veelal onder contract bij de provincie (Anell, 2008). Volgens Glenngård et al. (2005) zijn de publieke ziekenhuizen in Zweden veelal groter en beschikken zij over meer gespecialiseerde apparatuur dan de private ziekenhuizen. De private ziekenhuiszorg wordt doorgaans geboden in een kleinere ziekenhuizen in de grotere steden en zijn voornamelijk gespecialiseerd in electieve chirurgie (Anell, 2008).



# Bijlage 4: Vragenlijst interview

## Interview

Naam :  
Functie :  
Bedrijf/Instelling :  
Datum :

### 1. *Introductie*

- Interviewer stelt zich voor en geeft een korte introductie van het onderzoek.

- 1.1 Wilt u zich kort voorstellen? Wie bent u en wat is uw functie/verantwoordelijkheid binnen de organisatie waarin u werkzaam bent?
- 1.2 U bent werkzaam bij ... Kunt u kort toelichten wat deze organisatie doet? Welke rol vervult zij in de gezondheidszorg?

### 2. *Vragen*

- 2.1 De ontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn omvangrijk en hebben ingrijpende gevolgen. Mag ik u een overzicht voorleggen van de recente ontwikkelingen en wilt u daarbij aangeven of het overzicht van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg compleet is? Zo niet, wat zou u er aan willen toevoegen? Hebben de ontwikkelingen gevolgen gehad voor uw organisatie? Zo ja, welke gevolgen? Zijn alle ontwikkelingen even belangrijk voor uw organisatie of valt er een rangorde in aan te brengen?
- 2.2 Een trend in de gezondheidszorg is dat de behoeften van de patiënt en de kwaliteit van de zorg een steeds grotere rol spelen. Mijn verwachting is dat het onderscheid naar zorgaanbieders groter zal worden door het ontstaan van marktwerking in de zorg. Wat is uw mening hierover? En denkt u dat er in de gezondheidszorg meer vanuit de vraag ontwikkeld zal worden? Zo ja, waarin zal dat tot uiting komen?
- 2.3 Steeds meer zorgaanbieders gaan samenwerken om de efficiency in de zorg te vergroten en ook om de kosten laag te kunnen houden. Denkt u dat samenwerking in de curatieve gezondheidszorg de komende tien jaar sterker/omvangrijker zal zijn dan de afgelopen tien jaar? Zo ja, tussen welke zorgpartijen zal samenwerking intensiveren? Zal dit ertoe leiden dat samenwerkende partijen zich steeds vaker bij elkaar huisvesten in één gebouw?
- 2.4 Er zijn diverse zorgconcepten te onderscheiden in de curatieve gezondheidszorg, zoals de reguliere (solo)praktijk, groepspraktijken, gezondheidscentra, privéklinieken,

ZBC's, buitenpoliklinieken en ziekenhuizen. Welke verwachtingen heeft u qua toekomstige ontwikkeling? Mag ik u een aantal stellingen voorleggen waarbij u kunt aangeven welk scenario resp. trend u het meest waarschijnlijk acht? Motiveer uw keuze.

- 2.5 Hoe denkt u dat de huisvesting van de curatieve zorg er in de toekomst uit zal zien? Zullen er nieuwe zorgconcepten ontstaan? Zo ja, welke? En hoe zullen deze toekomstige zorgconcepten zich ruimtelijk vertalen dat wil zeggen qua locatie en ruimtebeslag? Zijn initiatieven voor deze zorgconcepten afkomstig van de zorgaanbieders zelf, zorgverzekeraars, patientenorganisaties of anderen, zo ja wie?

### **3. Afsluiting**

- 3.1 Heeft u nog op- of aanmerkingen of vragen?

- Respondent erop wijzen dat wanneer hij/zij nog aanvullende opmerkingen heeft die belangrijk zijn voor het onderzoek, dat hij/zij altijd kan bellen of e-mailen.
- Respondent aangeven wat er met de gegevens zal gebeuren en vragen of de respondent een samenvatting van het onderzoek wenst te ontvangen.
- Dankwoord.

## **Overzicht ontwikkelingen in de gezondheidszorg vraag 2.1**

### *Wet- en regelgeving*

- \* De wet- en regelgeving van de gezondheidszorg bevindt zich in een transitiefase, er wordt overgegaan naar integrale prestatiebekostiging en gereguleerde marktwerking.

### *Demografische ontwikkelingen*

- \* De demografische ontwikkelingen leiden tot een sterke stijging in de vraag naar zorg, maar ook tot een andere vraag naar zorg.

### *Maatschappelijke ontwikkelingen*

- \* Er is sprake van een andere kijk op de gezondheidszorg. Er is een verschuiving zichtbaar van genezing naar preventie;
- \* De patiënt is sneller en beter geïnformeerd, wenst keuzevrijheid en verwacht een hoge kwaliteit van zorg;
- \* Door de open grenzen in de Europese Unie kan de patiënt meer dan voorheen ook in het buitenland terecht voor medische behandelingen (en krijgt deze ook vergoed).

### *Marktontwikkelingen*

- \* De marktverhoudingen verschuiven tussen de actoren in de zorg. De zorgverzekeraars oefenen een grotere invloed uit op het inkooptraject en er ontstaat steeds meer ruimte voor commerciële zorgaanbieders;
- \* Er is sprake van meer standaardisatie in de zorg, maar ook van toenemende complexe zorgsituaties;
- \* In de gezondheidszorg vindt schaalvergroting plaats, zowel horizontale als verticale integratie. Daarnaast is er tevens sprake van schaalverkleining. Er ontstaan nieuwe zorgaanbieders die zich richten op nichemarkten.

### *Medisch technologische ontwikkelingen*

- \* Technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg kunnen enerzijds leiden tot een relatieve afname van de zorgvraag, anderzijds kunnen deze ontwikkelingen de levensverwachting van mensen verlengen waardoor de zorgvraag zou kunnen toenemen.

## **Stellingen vraag 2.4**

Bij de stellingen wordt uitgegaan van:

- een lichte groei van de totale bevolking naar 17,5 miljoen;
- een doorzettende vergrijzing naar ca. 26% 65-plussers.

### *Stelling 1a:*

Ik acht de navolgende ontwikkeling de komende tien/vijftien jaar het meest waarschijnlijk wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg:

1. stabilisatie van het huidig aantal huisartspraktijken (ca. 4.000)
2. groei naar 4.000 – 4.500 huisartspraktijken
3. groei naar 4.500 – 5.000 huisartspraktijken
4. geen van deze stellingen, maar .....

Motivering standpunt:.....

### *Stelling 1b:*

Ik acht de navolgende ontwikkeling de komende tien/vijftien jaar het meest waarschijnlijk wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg:

1. stabilisatie van het huidig aandeel ca. 40% solopraktijken, 32% duopraktijken en 28% groepspraktijken of
2. afname naar 25% solopraktijken, stabilisatie 30% duopraktijken en groei naar 45% groepspraktijken of
3. afname naar 10% solopraktijken, 20% duopraktijken en groei naar 70% groepspraktijken of
4. geen van deze stellingen, maar .....

Motivering standpunt:.....

### *Stelling 1c:*

Ik acht de navolgende ontwikkeling de komende tien/vijftien jaar het meest waarschijnlijk wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg:

1. stabilisatie van het huidig aantal apotheken (ca. 2.000)
2. groei naar 2.000 – 2.500 apotheken
3. groei naar 2.500 – 3.000 apotheken
4. geen van deze stellingen, maar .....

Motivering standpunt:.....



*Stelling 1d:*

Ik acht de navolgende ontwikkeling de komende tien/vijftien jaar het meest waarschijnlijk wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg:

1. stabilisatie van het huidig aantal eerstelijnsgezondheidscentra (ca. 180)
2. groei naar 200 – 300 eerstelijnsgezondheidscentra
3. groei naar 300 – 400 eerstelijnsgezondheidscentra
4. geen van deze stellingen, maar .....

Motivering standpunt:.....

*Stelling 2a:*

Ik acht de navolgende ontwikkeling de komende tien/vijftien jaar het meest waarschijnlijk wat betreft de tweedelijnsgezondheidszorg:

1. stabilisatie huidige aantal ziekenhuizen (ca. 110) en buitenpoliklinieken (ca. 80) of
2. afname ziekenhuizen tot 70-80 en groei buitenpoliklinieken naar 100-150 of
3. afname ziekenhuizen tot 40-50 en groei buitenpoliklinieken naar 150-200 of
4. geen van deze stellingen, maar .....

Motivering standpunt:.....

*Stelling 2b:*

Ik acht de navolgende ontwikkeling de komende tien/vijftien jaar het meest waarschijnlijk wat betreft de tweedelijnsgezondheidszorg:

1. stabilisatie van het huidig aandeel ca. 10% academische ziekenhuizen, 70% algemene ziekenhuizen en 20% specialistische (categorale) ziekenhuizen of
2. stabilisatie 10% academische ziekenhuizen, afname naar 50% algemene ziekenhuizen en groei naar 40% specialistische (categorale) ziekenhuizen of
3. stabilisatie 10% academische ziekenhuizen, afname naar 30% algemene ziekenhuizen en groei naar 60% specialistische (categorale) ziekenhuizen of
4. geen van deze stellingen, maar .....

Motivering standpunt:.....

*Stelling 2c:*

Ik acht de navolgende ontwikkeling de komende tien/vijftien jaar het meest waarschijnlijk wat betreft de tweedelijnsgezondheidszorg:

1. stabilisatie huidig aantal ZBC's (ca. 40) en privéklinieken (ca. 150);
2. groei ZBC's naar 80-100 en groei privéklinieken naar 300-350;
3. groei ZBC's naar 100-150 en groei privéklinieken naar 350-400.
4. geen van deze stellingen, maar .....

Motivering standpunt:.....

## **Bijlage 5: Toelichting scores toekomstige (nieuwe) zorgconcepten**

In deze bijlage wordt een korte toelichting gegeven op de toegekende scores van de toekomstige (nieuwe) zorgconcepten op de onderscheiden criteria in hoofdstuk 8.

### ***Wet- en regelgeving***

De huidige (en aangekondigde) bezuinigingen in de gezondheidszorg kunnen voor de financiering van de toekomstige zorgconcepten een belemmering vormen. Momenteel geldt dit met name voor de zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken. De medisch specialisten krijgen de komende jaren te maken met een extra bezuiniging: een tariefkorting (Zorgvisie, 2010). Dit maakt dat specialisten minder geneigd kunnen zijn om een zelfstandige kliniek te starten. Zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken zijn daarom een dubbele min toegekend en de overige zorgconcepten een enkele min.

### ***Bevolkingsontwikkeling***

De vraag naar zorg zal naar verwachting toenemen door de bevolkingsgroei, maar met name de vraag naar derdelijnszorg doordat het aandeel ouderen aanzienlijk toeneemt (zie ook hoofdstuk 3). Zorgconcepten in combinatie met de derdelijn hebben een grotere kans op verwezenlijking dan de overige zorgconcepten en zijn dan ook een dubbele plus toegekend, de overige concepten een enkele plus. Nederland kent overigens naast bevolkingsgroei ook –krimp. Stedelijke en landelijke gebieden zullen daarom naar andere oplossingen zoeken.

### ***Kwaliteitsverhoging***

Wanneer er vanuit de overheid en/of zorgverzekeraar meer gestuurd wordt op de kwaliteit van zorg (concentratie en specialisatie van zorg) is de kans op verwezenlijking van zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken groter en hebben een dubbele plus gekregen in de beoordeling. Overigens zal zorg ook op een efficiënte manier geleverd kunnen worden in anderhalflijnsconcepten, zorgverzamelgebouwen en concepten in combinatie met de derdelijn, welke bij kunnen dragen aan de kwaliteit van zorg. Deze concepten zijn een enkele plus toegekend. Omdat de kans op verwezenlijking van zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen minder duidelijk is, de concepten hoeven niet te leiden tot een kwaliteitsverhoging en zijn meer een aanvulling op de geboden zorg, hebben zij een nul gekregen.

### ***Samenwerking***

Zoals besproken in hoofdstuk 7, zullen er naar verwachting meer samenwerkingsverbanden worden aangegaan waarbij zorgaanbieders zich steeds vaker bij elkaar huisvesten. Anderhalflijnsconcepten, zorgverzamelgebouwen of concepten in combinatie met de derdelijn zijn een dubbele plus toegekend, bij toenemende samenwerking hebben zij een grote kans op verwezenlijking. Zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken en zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen hebben een enkele plus gekregen. Medisch specialisten kunnen in een zelfstandige (gespecialiseerde) kliniek samenwerken of er kan samengewerkt worden met andere klinieken. Er kunnen tevens samenwerkingsverbanden

gezocht worden met zorggerelateerde voorzieningen, hoewel er ook alleen voor gezamenlijke huisvesting gekozen kan worden.

### ***Gezonde leefstijl***

Wanneer er vanuit de overheid en/of zorgverzekeraar meer gestuurd wordt op het aannemen van een gezonde leefstijl, hebben zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen, zoals sportfaciliteiten, een grotere kans op verwezenlijking. Deze concepten zijn een plus toegekend. De kans op verwezenlijking van de overige zorgconcepten is minder duidelijk en hebben dan ook een nul gekregen in de beoordeling.

### ***Technologie***

Medisch-technologische ontwikkelingen kunnen een belemmering zijn voor de verwezenlijking van de toekomstige zorgconcepten. Wanneer bijvoorbeeld aan e-health meer gestalte wordt gegeven, kan de huisvesting van zorgaanbieders minder van betekenis zijn. Toch kunnen medisch-technologische ontwikkelingen de kans op verwezenlijking van anderhalflijnsconcepten, zorgverzamelgebouwen en concepten in combinatie met de derdelijn ook enigszins vergroten. Zorgaanbieders kunnen de veelal kapitaalintensieve apparatuur met elkaar delen en er kan sneller gereageerd worden op nieuwe ontwikkelingen, omdat zij wellicht eerder bereid zijn om nieuwe investeringen te doen. Voor zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken is medische apparatuur doorgaans een grotere uitgave. Anderhalflijnsconcepten, zorgverzamelgebouwen en concepten in combinatie met de derdelijn zijn in de beoordeling daarom een plus toegekend, zelfstandige klinieken een min. Zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen hebben een nul gekregen, de kans op verwezenlijking in relatie tot technologische ontwikkelingen is minder duidelijk en ook afhankelijk van het soort zorggerelateerde voorziening die geboden wordt.

### ***Huidig aanbod***

Doordat er een toename wordt verwacht in het aantal gezondheidscentra en buitenpoliklinieken (zie ook hoofdstuk 7) kan de vraag gesteld worden of er plaats is in het huidig zorgaanbod voor anderhalflijnsconcepten. De eerstelijns kan zorgfuncties overnemen van de tweedelijns, de tweedelijns zou zich kunnen aansluiten bij de eerstelijns of de eerstelijns sluit zich aan bij de tweedelijns. Er zijn voldoende mogelijkheden om de verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerstelijns in het huidig aanbod te realiseren. Het is daardoor minder waarschijnlijk dat er nieuw aanbod zal ontstaan in de vorm van anderhalflijnscentra (of andere zorgconcepten in het overgangsgebied van de eerstelijns naar de tweedelijns), er bestaat een grotere kans dat het huidig aanbod omgezet wordt in een anderhalflijnsconcept. In de tweedelijns zal naar verwachting het huidig aantal ZBC's toenemen en zal er een versnippering optreden in ziekenhuizen. Dit maakt dat er ruimte ontstaat voor zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken in allerlei tussenvormen en de kans op verwezenlijking hiervan groter. Verder zal vermoedelijk het aantal ziekenhuizen afnemen waardoor er mogelijkheden kunnen ontstaan voor zorgverzamelgebouwen. Ziekenhuizen die sluiten kunnen wellicht worden omgezet naar een zorgverzamelgebouw. De eerste ontwikkelingen van zorgconcepten in combinatie met de derdelijn zijn al zichtbaar. Het is aannemelijk dat deze concepten zich verder zullen ontplooiën. Zorgconcepten in combinatie met zorggerelateerde voorzieningen zullen een grotere kans op verwezenlijking hebben wanneer de voorzieningen ondergebracht worden bij bijvoorbeeld gezondheidscentra. De ontwikkelingen in het huidig

aanbod bieden dus mogelijkheden voor de verwezenlijking van de toekomstige zorgconcepten. De kans op verwezenlijking is min of meer gelijk, de zorgconcepten zijn allen een plus toegekend.

### ***Geschikte locaties***

Het aantal geschikte (nieuwbouw)locaties om de toekomstige zorgconcepten te verwezenlijken kan een knelpunt zijn. Dit geldt met name voor anderhalflijnsconcepten en zorgverzamelgebouwen en hebben in de beoordeling dan ook een min gekregen. Bij beide concepten is sprake van gezamenlijke huisvesting, dit kan lastig te realiseren zijn. Het vinden van een geschikte en betaalbare locatie is met name in steden niet altijd gemakkelijk, hoewel de huidige leegstand in de kantorenmarkt ook nieuwe mogelijkheden kan bieden. Zelfstandige (gespecialiseerde) klinieken hebben een grotere kans op verwezenlijking, omdat zij zich afhankelijk van hun specialisme op minder specifieke locaties kunnen vestigen. De zelfstandige klinieken zijn een plus toegekend. De kans op verwezenlijking is echter minder duidelijk voor zorgconcepten in combinatie met de derdelijn of zorggerelateerde voorzieningen. Voor deze concepten kunnen nieuwe locaties gezocht worden, maar er kan ook aansluiting worden gezocht bij het huidig aanbod. Deze concepten hebben daarom een nul gekregen.

### ***Draagvlak***

Er bestaat voldoende draagvlak voor de toekomstige zorgconcepten. Uit het empirisch onderzoek volgt dat er een sterk draagvlak bestaat voor anderhalflijnsconcepten en zorgverzamelgebouwen. Deze concepten zijn in de beoordeling daarom een dubbele plus toegekend en de overige concepten een enkele plus.