



Oktober 2022

DE KRACHT VAN FOCUS

Onderzoek naar feit en fabel over de toegevoegde waarde van zelfstandige klinieken voor patiënten en het zorgsysteem

**GUPTA
STRATEGISTS**



Samenvatting

De kracht van focus

Zorg is schaars. Toegankelijkheid van zorg is door COVID en het groeiende personeelstekort niet langer vanzelfsprekend. De afgelopen jaren hebben klinieken een bijdrage geleverd aan continuïteit van zorg, door inhaalzorg te bieden. De rol van zelfstandige klinieken in het Nederlandse zorgsysteem is echter niet eerder gestructureerd in kaart gebracht. Daarom kijken we in dit onderzoek naar de toegevoegde waarde van klinieken in brede zin. We doen dat zowel kwantitatief (op basis van data van zelfstandige klinieken, aangevuld met openbare data en ziekenhuisdata) als kwalitatief (op basis van interviews).

De belangrijkste rode draad die we zien in de analyses en interviews, is de kracht van focus. Die focus hangt samen met ondernemerschap. Klinieken brengen focus aan in de zorg die ze bieden: niet alle zorg zoals in een ziekenhuis, maar bijvoorbeeld alleen oogheelkunde of alleen hand- en polszorg. En ze focussen in de manier waarop ze die zorg organiseren: efficiënt en patiënt-vriendelijk. Veel klinieken zijn ontstaan vanuit de gedachte “dit moet toch beter kunnen voor de patiënt”. De focus daarop draagt bij aan goede toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid, maatschappelijk waarde en innovatie.

Klinieken zijn niet meer weg te denken uit het Nederlandse zorgstelsel. Er zijn honderden zelfstandige klinieken en in 2021 gingen 1,1 miljoen patiënten voor hun medisch-specialistische zorg naar een kliniek. Het aantal patiënten bij klinieken en het marktaandeel van klinieken is de afgelopen jaren, zowel voor als tijdens de COVID-pandemie, gestaag gestegen.

Om de uitkomsten van de analyses te duiden, maken we de vergelijking met ziekenhuizen. Vergelijk je dan geen appels met peren? Ja: patiënten bij klinieken zijn gemiddeld jonger en minder ziek dan bij ziekenhuizen. Dat komt omdat klinieken alleen relatief gezonde patiënten (ASA-1, -2 en soms -3) mogen behandelen. Als we daarvoor corrigeren en appels met appels vergelijken, is zowel de leeftijdsopbouw als het profiel van geleverde zorg vergelijkbaar tussen klinieken en ziekenhuizen. Van *cherry picking* (actief selecteren van patiënten) en/of overbehandeling (meer opereren dan nodig) door klinieken lijkt geen sprake.

We onderzoeken vijf aspecten: toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid, maatschappelijke waarde en innovatie. We kijken daarbij in het bijzonder naar drie zorggebieden: cataract (staar), heupartrose en huidkanker.

Toegankelijkheid. Patiënten kunnen gemiddeld gezien eerder terecht bij een kliniek dan bij een ziekenhuis, voor dezelfde zorg. Dat geldt zowel voor het eerste polibezoek als voor de behandeling. Het verschil in wachttijd is vaak enkele weken.

Kwaliteit. De medische uitkomsten van klinieken zijn – voor zover meetbaar – vergelijkbaar met ziekenhuizen of zelfs beter. De patiënttevredenheid over klinieken is ook hoog: gemiddeld een 9,0. Klinieken vermelden die patiënttevredenheid vaak prominent op hun website, maar zijn minder transparant over de kwaliteit van zorg.

Betaalbaarheid. De focus op efficiënte processen vertaalt zich in lagere tarieven. Gemiddeld gezien zijn tarieven bij klinieken voor de onderzochte zorggebieden 4 tot 5% lager dan voor dezelfde zorg in ziekenhuizen. En dat terwijl het algemene prijsniveau (dus ook bij ziekenhuizen) voor deze zorggebieden het afgelopen decennium is gedaald. Het operationeel resultaat (EBITDA) loopt sterk uiteen tussen klinieken, maar lijkt vergelijkbaar met dat van ziekenhuizen, al is de steekproef te beperkt voor harde conclusies.

Maatschappelijke waarde. De zorg bij klinieken heeft relatief veel toegevoegde gezondheids-waarde (in QALY, *quality adjusted life years*, per euro). Ook hebben klinieken sinds COVID steeds meer patiënten behandeld, waarmee ze helpen om de uitgestelde zorgvraag op te lossen. Daarnaast dragen klinieken bij aan opleiding en behoud van personeel voor de zorg.

Innovatie. Tot slot is er bij klinieken een bovengemiddeld ondernemend en innovatief klimaat. Dat resulteert in innovaties op het gebied van zorginhoud, proces en/of digitalisering. Die innovaties vinden daarna ook elders, bijvoorbeeld in ziekenhuizen, toepassing.

Welke rol kunnen klinieken in de toekomst hebben? Voor patiënten én het zorgsysteem heeft het meerwaarde als meer patiënten naar een kliniek gaan voor focuszorg met goede kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarvoor is het belangrijk dat klinieken en ziekenhuizen meer samenwerken en elkaar aanvullen. Ook op systeemniveau hebben we aanbevelingen: (1) VWS en politiek, houd marktprikkels in stand voor focuszorg, (2) zorgverzekeraars, zorg voor passende volumes en tarieven en (3) klinieken, vergroot transparantie.

Inhoud

Inleiding Onderzoek naar toegevoegde waarde klinieken	5
Context Toegankelijkheid van zorg onder druk, personeelstekort grootste knelpunt	6
Doel Inzicht in toegevoegde waarde van klinieken	6
Aanpak Kwantitatief en kwalitatief vijf pijlers in kaart	7
Scope Focus op drie veelvoorkomende zorggebieden	7
Rol in stelsel Klinieken niet meer weg te denken	8
Ontwikkeling Patiënten komen steeds vaker naar kliniek	9
Appels, peren en kersen Relatief gezonde patiënten, vergelijkbaar behandelprofiel	11
ASA-score Klinieken focussen op relatief gezonde patiënten met laag complicatierisico	12
Geleverde zorg Het behandelprofiel van klinieken lijkt op dat van ziekenhuizen	13
Toegankelijkheid Patiënt kan bij kliniek snel terecht	15
Wachttijd Snel terecht voor polibezoek en behandeling, zowel vóór COVID als nu	16
Kwaliteit Medische uitkomsten en tevredenheid gaan hand in hand	17
Medische uitkomsten De kwaliteit van zorg is vergelijkbaar of zelfs hoger bij klinieken	18
Patiënttevredenheid Patiënten geven gemiddeld rapportcijfer 9,0 aan klinieken	19
Transparantie Klinieken zijn transparant over tevredenheid, maar nauwelijks over uitkomsten	20
Betaalbaarheid Klinieken vertalen efficiëntie in lagere kosten	21
Prijsniveau Tarieven zijn 4 à 5% lager bij klinieken	22
Bedrijfsresultaat Beloning voor risico en efficiëntie, maar transparantie beperkt	23
Operationeel resultaat van klinieken (in niet representatieve steekproef) vergelijkbaar met dat van ziekenhuizen	24
Maatschappelijke waarde Verantwoordelijkheid nemen voor bijdrage aan continuïteit van zorg	27
QALY Focuszorg doet ertoe voor de patiënt	28
COVID Klinieken dragen bij aan continuïteit van zorg	29
Personeel Klinieken bieden goed werkgeverschap en behouden mensen voor de zorg	29
Aantrekkelijkheid voor personeel	29
Innovatie Een ondernemend en innovatief klimaat	32
Snijvlak Innovaties bij klinieken combineren zorginhoud, proces en digitalisering	33
Voorbeelden Een greep uit de innovaties van klinieken	33
Conclusie Focus en ondernemerschap drijven meerwaarde van klinieken	36
Toekomst Klinieken dragen steentje bij aan toekomstbestendigheid zorg	38
Blik vooruit Kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van klinieken voor meer patiënten	39
Aanbevelingen Samenwerking en maatschappelijke verantwoordelijkheid	39
Samenwerken en aanvullen	39
Maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen voor continuïteit en betaalbaarheid	41
Over dit rapport Onderzoek door Gupta Strategists, in opdracht van ZKN	42
Bijlage	44
Bronnen	50



Inleiding

Onderzoek naar toegevoegde
waarde klinieken

Context | Toegankelijkheid van zorg onder druk, personeelstekort grootste knelpunt

De zorg in Nederland is van hoge kwaliteit. De toegankelijkheid ervan staat echter onder druk. COVID heeft laten zien dat het niet vanzelfsprekend is dat zorg altijd beschikbaar en toegankelijk is. Dat kwam niet alleen door het tekort aan IC-bedden, maar minstens zoveel door het stuwmeer aan uitgestelde zorg, dat nog niet is opgelost¹. Meer en meer wordt duidelijk dat de acute situatie door COVID een voorbode is van een blijvende situatie van verminderde toegankelijkheid van zorg in de nabije toekomst. De grootste beperkende factor is de beschikbaarheid van zorgverleners².

Om de zorg toegankelijk te houden, zullen we in Nederland alle zeilen moeten bijzetten. Eerder schreven wij, Gupta Strategists, al over de impact van het uitstellen van zorg^{3,4,5}, over de noodzaak om arbeidsproductiviteit te verhogen⁶ en over de mogelijkheden van technologische innovaties om het personeelstekort te compenseren⁷. Een deel van de oplossing in de transitie naar passende zorg kan liggen bij klinieken. Dat zijn zorgorganisatiesⁱ, groot of klein, die focussen op één of meerdere zorggebieden en daarmee een belangrijk deel uitmaken van het zorgaanbod in de medisch-specialistische zorg (msz).

Doel | Inzicht in toegevoegde waarde van klinieken

Discussies over de rol en toegevoegde waarde van klinieken binnen het Nederlandse zorgsysteem zijn veelal gebaseerd op beelden, ervaringen, meningen en verhalen. Die zullen soms kloppen – en soms ook niet. Om goed de dialoog te kunnen voeren over de toekomst van de Nederlandse zorg en de manieren om die toegankelijk te houden, is het nodig om een transparant en onderbouwd beeld te hebben van de rol van klinieken, hun toegevoegde waarde en ook hun mogelijke zwaktes.

Branchevereniging ZKN (Zelfstandige Klinieken Nederland) heeft Gupta Strategists daarom gevraagd onderzoek te doen naar de toegevoegde waarde van kliniekenⁱⁱ. Die opdracht hebben we aangenomen, onder de voorwaarde dat we ons eigen, onafhankelijke en ongecensureerde rapport konden publiceren. Het resultaat daarvan ligt nu voor u.

BOX 1

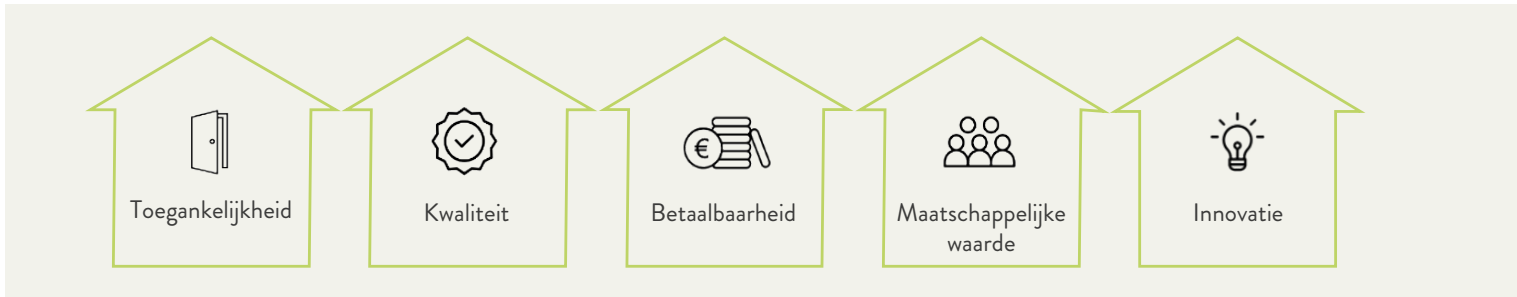
Definitie | Wat voor zorg bieden klinieken?

Klinieken bieden focuszorg. Dat is planbare zorg die niet zó acuut is, dat die binnen enkele uren nodig is. Planbare zorg is over het algemeen binnen weken (bijvoorbeeld huidkanker, hartritmestoornissen) of maanden (bijvoorbeeld heupvervangings, cataract) nodigⁱⁱⁱ. Daardoor is er ruimte om de zorg op een efficiënte manier te organiseren in plaats van acuut en ad hoc. Om focuszorg efficiënt in een kliniek te organiseren is het bovendien nodig dat de behandeling vaak genoeg voorkomt en dat het goed te protocoleren is. Daarnaast heeft focuszorg over het algemeen een lager risico op complicaties. Dat betekent niet dat zorg in klinieken niet complex kan zijn. Sommige klinieken zijn juist zodanig gespecialiseerd, dat zij focussen op complexere planbare zorg (bijvoorbeeld borstkanker, hand- en polschirurgie).

- i Klinieken (ook wel zelfstandige behandelcentra, zbc's, genoemd) kunnen helemaal zelfstandig zijn, of in samenwerking (bijvoorbeeld *joint venture*) met bijvoorbeeld een ziekenhuis
- ii Zie voor meer toelichting het onderdeel 'Over dit rapport'
- iii Klinieken bieden ook focuszorg die op kortere termijn nodig is (binnen één of enkele dagen), bijvoorbeeld bij netvliesloslating, melanoom

Aanpak | Kwantitatief en kwalitatief vijf pijlers in kaart

We hebben dit onderzoek opgebouwd aan de hand van vijf pijlers (Figuur 1), die zowel relevant zijn voor de individuele patiënt als voor het zorgsysteem: toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid, maatschappelijke waarde en innovatie



Figuur 1 – Vijf pijlers voor onderzoek (kwantitatief en kwalitatief)

Per pijler hebben we verschillende onderzoeksvragen geformuleerd. Waar mogelijk hebben we die kwantitatief onderzocht, aan de hand van openbare bronnen, data van deelnemende klinieken en onze eigen databases. De kwantitatieve inzichten hebben we verrijkt met kwalitatieve gegevens (voorbeelden, ervaringen) uit verschillende interviews met experts.

Scope | Focus op drie veelvoorkomende zorggebieden

Om voldoende diepgang te bereiken, hebben we ons gefocust op drie zorggebieden: cataract (of: staar, oogheelkunde), artrose van de heup (orthopedie) en huidkanker (dermatologie). Dit zijn veelvoorkomende diagnoses die voor een aanzienlijk deel in klinieken worden behandeld. Over deze zorggebieden hebben we van 16 klinieken^{iv} data ontvangen^v (Figuur 17 in bijlage). Ook hebben we uitvoerig gesproken met experts uit deze zorggebieden.

We geven in dit rapport een beeld van zelfstandige klinieken als geheel, maar nemen daarbij in ogenschouw dat de klinieken heterogeen zijn. Ze verschillen in omvang, expertise, organisatievorm, visie en tal van andere aspecten. De inzichten en conclusies zijn dus niet per definitie toepasbaar op alle individuele klinieken.

^{iv} Sommige klinieken bieden zorg uit verschillende zorggebieden

^v Data ontvangen van 2019, 2020 en 2021; in een deel van de analyses is alleen de data voor 2019 gebruikt, omdat die niet beïnvloed is door COVID



Rol in stelsel

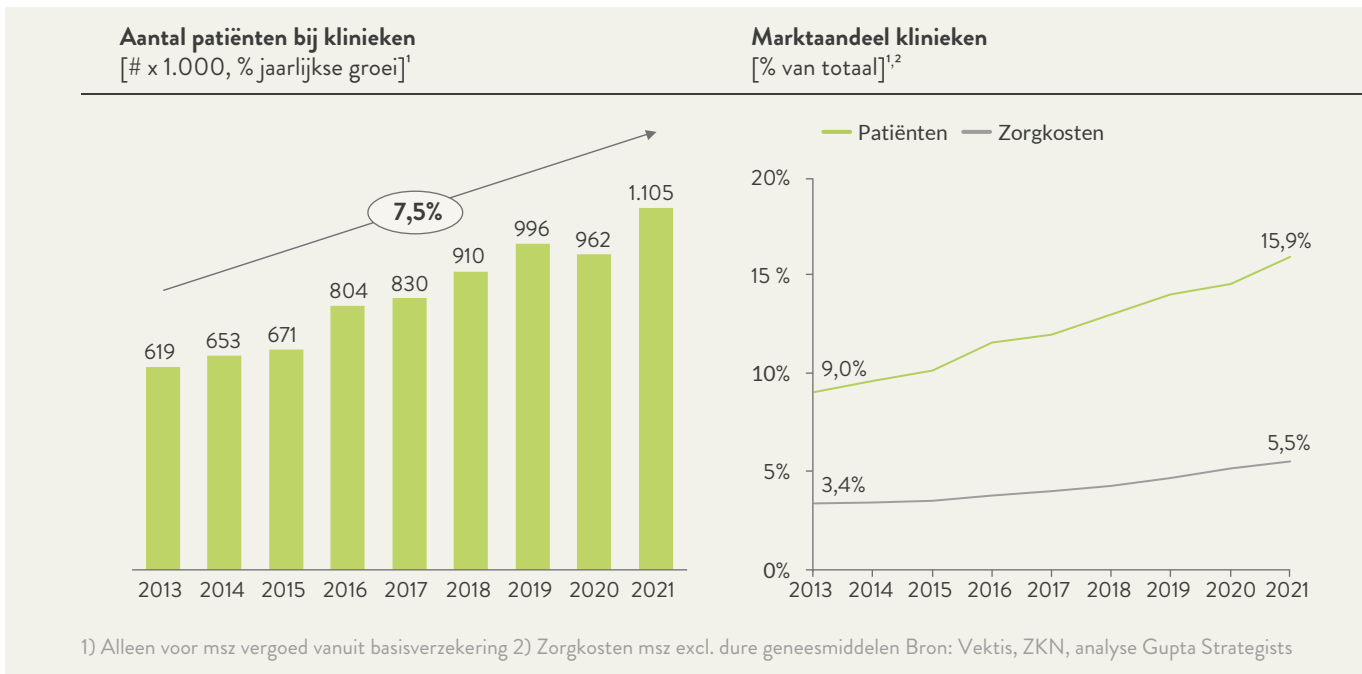
Klinieken niet meer weg te denken

Paaltje geraakt bij het inparkeren, balen! Flinke deuk, daar moet echt een professional mee aan de slag. Wie bel je dan? Waar kun je snel terecht? Waar bieden ze de beste kwaliteit, voor een aantrekkelijke prijs? Jaren terug zou je hiervoor misschien nog naar de merkgarage zijn gegaan, maar tegenwoordig ga je rechtstreeks naar een gespecialiseerd schadeherstelbedrijf. Net zoals je naar Carglass of Autotaalglas gaat bij een ster in je ruit, naar Euromaster of Profile voor de halfjaarlijkse bandenwissel. Stuk voor stuk gespecialiseerde partijen die zich toeleggen op veelvoorkomende, planbare 'ingrepen'. Ze doen waar ze goed in zijn en hebben dat strak georganiseerd. Ze bieden goede service en kwaliteit voor een lagere prijs dan waarvoor de merkgarage het kan doen. Veel mensen kiezen daarvoor, net zoals leasemaatschappijen en verzekeraars.

En stel dat het geen deuk in een auto is, maar een versleten heup, verminderd zicht door staar of een onrustige moedervlek? En als je als automobilist ook ineens patiënt bent? Ook dan wil je snel terecht kunnen, op een plek waar je goed geholpen wordt. Gelden dezelfde principes uit de focusbedrijven voor auto's ook voor klinieken in de zorg? Bieden ze goede kwaliteit? Kun je sneller terecht? En zijn de kosten lager?

Ontwikkeling | Patiënten komen steeds vaker naar kliniek

Klinieken zijn anno 2022 niet meer weg te denken uit het Nederlandse zorgstelsel. Er zijn honderden zelfstandige klinieken, waarvan 136 het ZKN-keurmerk hebben^{vi}. Een substantieel deel van de medisch-specialistische zorg vindt plaats bij zelfstandige klinieken: in 2021 gingen 1,1 miljoen patiënten naar een kliniek^{vii}. Dat is bijna 16% van het totaal aantal patiënten in Nederland. Het aantal patiënten bij klinieken groeide de afgelopen jaren met zo'n 7,5% per jaar. Ook uitgedrukt in aandeel van de geleverde zorg (zorgkosten) groeiden de klinieken: van 3,4% in 2013 tot 5,5% in 2021 (Figuur 2)^{viii}.



Figuur 2 – Steeds meer patiënten gaan naar een kliniek voor hun medisch-specialistische zorg

vi 136 ZKN-leden met samen 402 locaties; 3 kandidaat-leden in het traject naar het ZKN-keurmerk

vii Vergoed vanuit basisverzekering; niet-vergoede zorg is buiten beschouwing gelaten

viii In 2020 was er een daling van het aantal patiënten, omdat door COVID veel planbare zorg niet door kon gaan. Desondanks steeg het marktaandeel (zowel in patiënten als in zorgkosten), omdat in ziekenhuizen minder zorg werd geleverd.

BOX 2

Historie | Verboden, gedoogd, geaccepteerd, gewaardeerd

Verboden. In de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw ontstonden in Nederland enkele privéklinieken (bijvoorbeeld de radiologiepraktijk van Liem Khe Ho, polikliniek Willemsparkweg, Philips medisch centrum). In het buitenland was het toen al een stuk gebruikelijker dat medisch specialisten zelfstandig werkten in hun eigen praktijk, bijvoorbeeld als dermatoloog of plastisch chirurg. In die tijd was er ook een forse toename van het aantal ziekenhuizen in Nederland. Als reactie daarop werd in 1971 de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV, voorloper van de huidige Wet Toelating Zorginstellingen, WTZi) ingevoerd, waarin werd geregeld welke organisaties medisch-specialistische zorg mochten leveren. Door deze wet was het declareren van ziekenhuiszorg buiten een ziekenhuis, zoals in een privékliniek, niet toegestaan. Vergunningen voor extramurale ziekenhuiszorg waren er wel, maar die waren zeer schaars.

Gedoogd. In de jaren '90 was vooral sprake van 'villageneeskunde'. Privéklinieken boden niet-vergoede zorg, vooral plastische chirurgie, oogheelkunde en dermatologie. De overheid probeerde die klinieken een halt toe te roepen met rechtszaken. Een belangrijk voorbeeld is een zaak tegen privékliniek voor plastische chirurgie Valkenhorst, die gedaagd werd vanwege exploiteren van een kliniek zonder WZV-vergunning. Hieruit volgde vrij spraak voor Valkenhorst⁸. Sindsdien werden privéklinieken gedoogd. Een bezoek van prinses Juliana in 1996 aan een Amsterdamse privékliniek voor een cataractoperatie deed veel stof opwaaien⁹. Toch versnelde dit ook de publieke acceptatie van zorg bij klinieken.

Geaccepteerd. Eind jaren '90 werden onder minister Borst steeds meer vergunningen verleend aan zelfstandige klinieken. Vooral de steeds verder oplopende wachtlijsten in ziekenhuizen lagen daaraan ten grondslag. In die tijd waren er vooral veel 'eenpitters', specialisten die ontevreden waren over hoe de zorg in het ziekenhuis geregeld was en die voor zichzelf begonnen. Kwaliteitssystemen zoals we die nu kennen (onder andere het ZKN-keurmerk, HKZ-certificering, ISO-certificering, IGJ-indicatoren¹⁰), bestonden toen nog niet. Anno 2022 is de patiëntveiligheid in klinieken van hoog niveau¹¹, maar dat was destijds niet vanzelfsprekend.

Gewaardeerd. In de laatste 15 jaar zijn zelfstandige klinieken in Nederland verder geprofessionaliseerd. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 kunnen klinieken zorg declareren vanuit de basisverzekering. Organisaties groeien: van eenpitter naar kliniek met meerdere specialisten naar keten van klinieken. Bergman Clinics was in Nederland de eerste die vanuit een keten-formule focuszorg bood. De ketenvorming onder klinieken is versterkt doordat *private equity*-partijen zich zijn gaan mengen in de sector. Tegelijkertijd zijn er nu ook nog steeds veel zelfstandige klinieken.



Appels, peren en kersen
Relatief gezonde patiënten,
vergelijkbaar behandelprofiel

ASA-score | Klinieken focussen op relatief gezonde patiënten met laag complicatierisico

In dit onderzoek verdiepen we ons in onder meer kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg bij klinieken. Om de getallen uit de analyses te duiden, vergelijken we die met de betreffende getallen bij ziekenhuizen. Bij een dergelijke vergelijking rijst natuurlijk de – zeer terechte – vraag: vergelijk je dan geen appels met peren? Het antwoord is: ja. De patiëntenpopulatie bij ziekenhuizen is niet gelijk aan die bij klinieken, ook niet als je inzoomt op de drie zorggebieden. Patiënten in ziekenhuizen zijn gemiddeld ouder dan in klinieken (Figuur 18 in bijlage) en per definitie ook zieker.

Komt dat dan door *cherry picking*? Kiezen klinieken voor de jonge, ‘eenvoudige’ patiënt? Halen zij de krenten uit de pap? Klinieken krijgen dat nogal eens om de oren, maar wij vinden geen aanwijzingen dat er actief geselecteerd wordt op ‘eenvoudige’ patiënten. De belangrijkste verklaring voor het verschil in patiëntpopulatie tussen klinieken en ziekenhuizen is simpelweg dat klinieken die complexe patiënt niet mogen behandelen. Klinieken behandelen voornamelijk ASA-1- en ASA-2-patiënten. Dat zijn gezonde patiënten of patiënten met een lichte aandoening (zie Box 3), waarvoor de kans op ernstige complicaties waarvoor bijvoorbeeld IC-opname nodig is, minimaal is. Bij behandeling waarbij geen narcose nodig is, zoals ingrepen aan oog of huid, behandelen klinieken ook ASA-3 patiënten. In ziekenhuizen zijn patiënten dus *gemiddeld* ouder en zieker dan in klinieken, eenvoudigweg omdat die oude en zieke patiënten niet in klinieken geholpen kunnen en mogen worden.

BOX 3

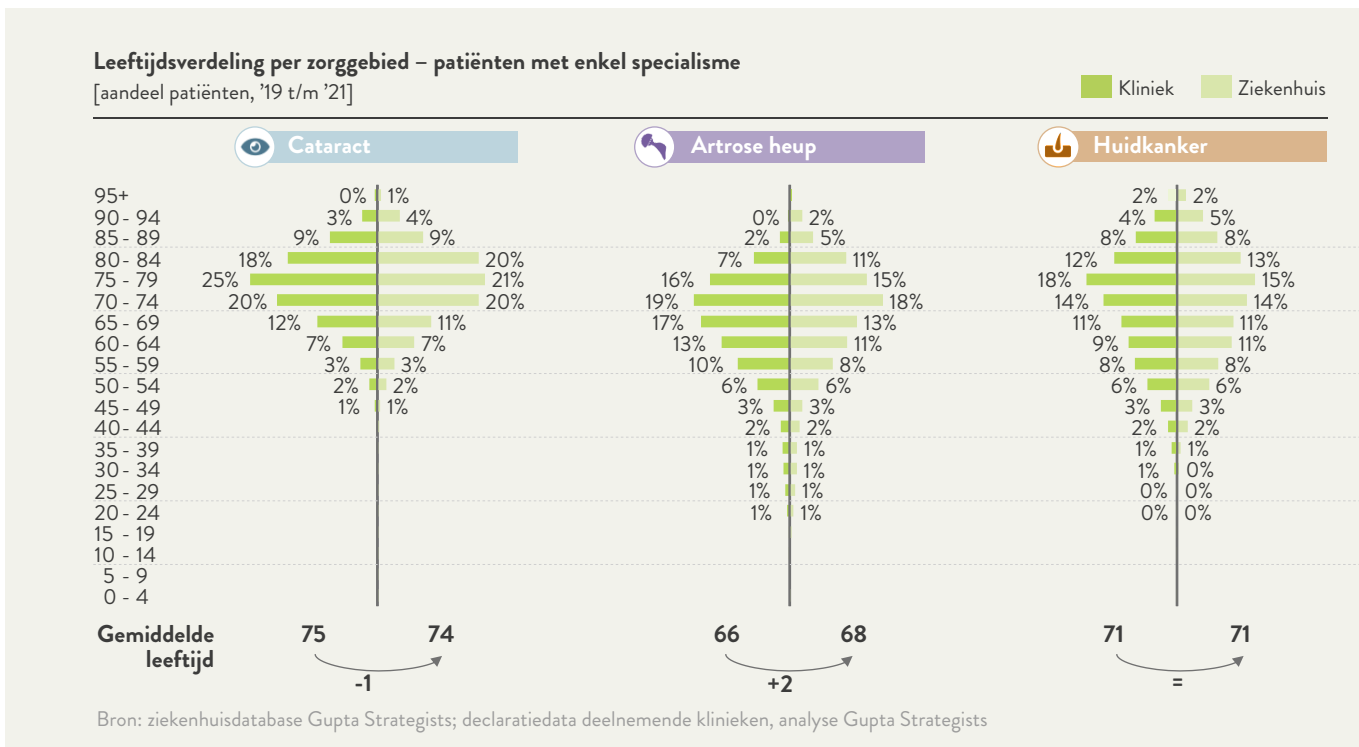
ASA-status van patiënten

De ASA^{ix}-classificatie is een systeem om de gezondheidsstatus van patiënten (en de daarmee samenhangende risico's) voorafgaand aan een operatie in te schatten¹²

- ASA-1: een gezonde patiënt
- ASA-2: een patiënt met een lichte aandoening, waarvoor hij/zij eventueel medicatie gebruikt (bijv. behandelde hoge bloeddruk)
- ASA-3: een patiënt met een ernstige aandoening waarvoor hij/zij medicatie gebruikt en waarvan hij/zij (enige) beperking bij dagelijkse activiteiten ervaart (bijv. behandelde diabetes mellitus, COPD; of overgewicht met BMI > 30)
- ASA-4: een patiënt met een ernstige aandoening waarvoor hij/zij medicatie gebruikt en waarvan hij/zij ernstige beperking bij dagelijkse activiteiten ervaart (bijv. nierdialysepatiënt)

Om klinieken en ziekenhuizen toch op een eerlijke manier te kunnen vergelijken, als appels met appels, zijn we verder in de patiëntpopulatie bij ziekenhuizen gedoken. De ASA-score wordt daar niet actief geregistreerd, dus daarvoor direct corrigeren gaat niet. Als benadering van de ‘lage ASA-score’ hebben we daarom gekeken naar ziekenhuispatiënten die niet bij een ander specialisme komen. Gemiddeld is dat 65% van alle ziekenhuispatiënten, maar voor de onderzochte zorggebieden ligt het lager: voor cataract 34%, voor artrose heup 41% en voor huidkanker 36% (Figuur 19 in bijlage). In de verdere vergelijkingen nemen we deze patiëntengroep (patiënten die in het ziekenhuis komen voor één specialisme) als vergelijkingsgroep voor de kliniekpatiënten. De leeftijdsopbouw van die groepen lijkt ook erg op elkaar en klinieken behandelen zelfs meer cataract- of huidkankerpatiënten van 65 tot 80 jaar (Figuur 3).

ix ASA staat voor American Society of Anesthesiologists; er bestaat ook ASA-5 en ASA-6, maar die patiënten zijn zo ziek dat planbare zorg überhaupt niet aan de orde is



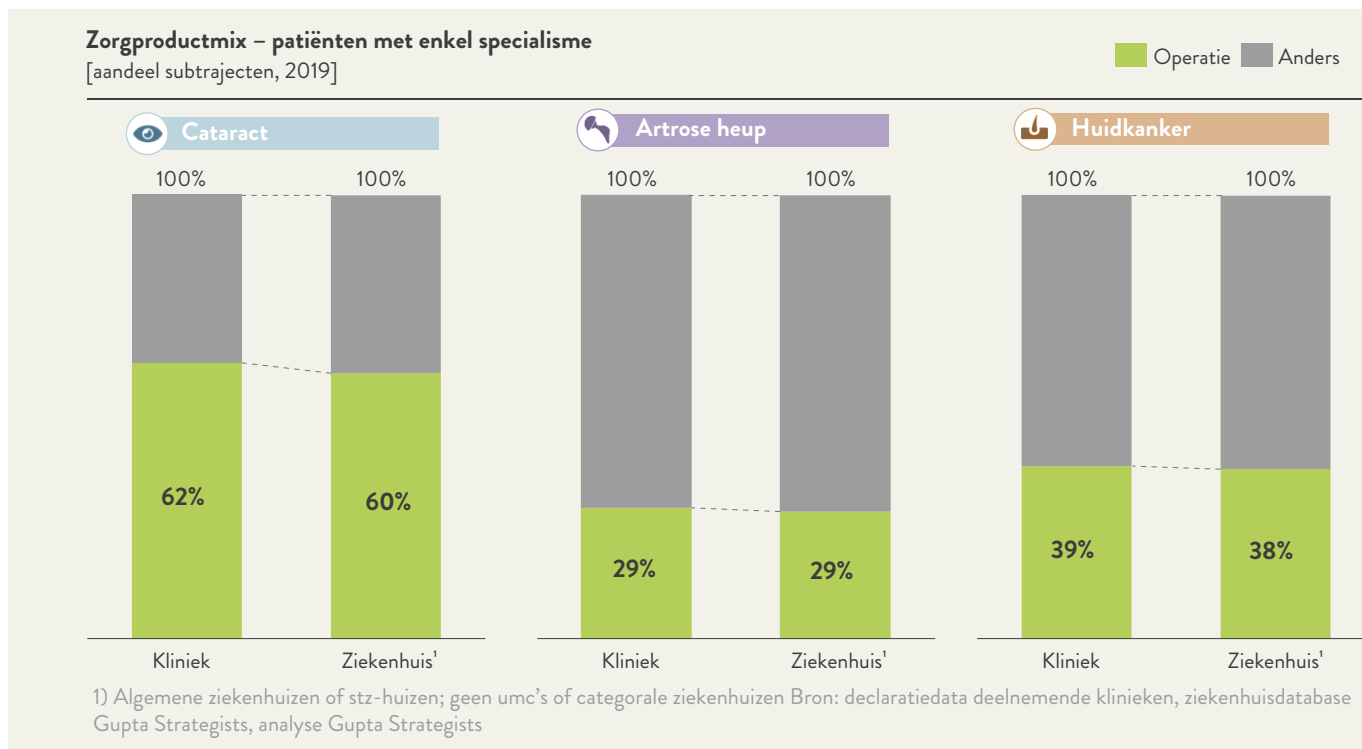
Figuur 3 – Gemiddelde leeftijd patiënten in klinieken is vergelijkbaar met patiënten die voor één specialisme in het ziekenhuis komen

Geleverde zorg | Het behandelprofiel van klinieken lijkt op dat van ziekenhuizen

Laten we dan appels met appels vergelijken, in termen van geleverde zorg. Daarvoor kijken we naar zorgproducten. Het aandeel operatieve zorgproducten ten opzichte van het totaal aantal zorgproducten is behoorlijk vergelijkbaar tussen klinieken en ziekenhuizen (Figuur 4). Dat is voor cataract 62% bij klinieken en 60% bij ziekenhuizen. Voor artrose heup is het bij beide 29% en voor huidkanker 39% bij klinieken en 38% bij ziekenhuizen. Ook voor de onderliggende zorgproducten is de verhouding vergelijkbaar (Figuur 20, Figuur 21 en Figuur 22 in bijlage).

Het beeld dat soms bestaat dat klinieken sneller overgaan tot operatie, lijkt dus niet te kloppen. Dat bevestigen ook de door ons geïnterviewde artsen die in zowel kliniek als ziekenhuis werken of hebben gewerkt. Klinieken zetten juist waar mogelijk in op conservatieve behandeling (zie voorbeelden in hoofdstuk Innovatie).

Sterker nog, er zijn twee redenen waarom je zou verwachten dat klinieken vaker opereren dan ziekenhuizen. Ten eerste verwijzen huisartsen vaker naar een kliniek als overduidelijk is dat een operatie nodig is. Bij twijfel, of als de patiënt complexer is, verwijzen zij eerder naar het ziekenhuis. Ten tweede is het waarschijnlijk dat een deel van de patiënten in het ziekenhuis komt voor polibezoek en diagnose, maar daarna naar een kliniek gaat voor de ingreep. We kunnen helaas niet kwantificeren hoe vaak dat voorkomt, maar vanwege de lange wachttijden in het ziekenhuis (zie hoofdstuk Toegankelijkheid) is het waarschijnlijk dat een deel van de patiënten in de kliniek eerder al in het ziekenhuis is geweest. Dat zou het aandeel operatieve verrichtingen in het ziekenhuis verlagen en in de kliniek juist verhogen. Dat we dat niet of nauwelijks terugzien in de data, onderstreept dat er op basis van deze analyse geen bewijs is voor stelselmatige overbehandeling bij klinieken.



Figuur 4 – Het aandeel operaties bij klinieken is vergelijkbaar met dat bij ziekenhuizen



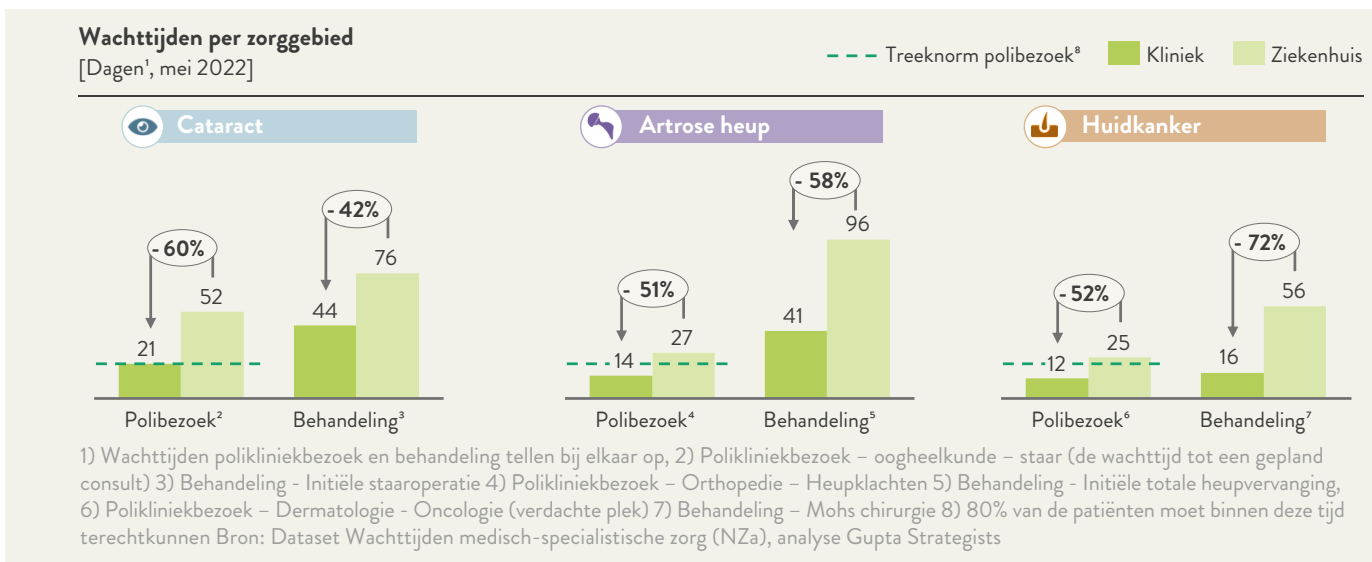
Toegankelijkheid

Patiënt kan bij kliniek snel terecht

Nu we weten hoe we klinieken en ziekenhuizen goed kunnen vergelijken, kunnen we verder ingaan op de vijf pijlers van dit onderzoek: toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid, maatschappelijke waarde en innovatie. We beginnen met toegankelijkheid, in het bijzonder wachttijd.

Wachttijd | Snel terecht voor polibezoek en behandeling, zowel vóór COVID als nu

Een belangrijke en veel gehoorde reden waarom patiënten kiezen voor een kliniek is dat je er sneller terecht kunt. Ook huisartsen laten de wachttijd meewegen in hun doorverwijzing. Klinieken zetten daar ook actief op in: snel terecht kunnen, snel weten waar je aan toe bent, snel behandeld worden (als dat nodig is). De wachttijd is voor alle onderzochte zorggebieden substantieel korter bij klinieken dan bij ziekenhuizen, zowel voor polibezoek als behandeling. Bijvoorbeeld: in mei 2022 was bij klinieken de gemiddelde wachttijd voor een polibezoek voor cataract 21 dagen. Bij een ziekenhuis moest een patiënt een maand langer wachten, gemiddeld 52 dagen. Over de hele linie is de wachttijd bij klinieken 40 tot 70% korter dan bij ziekenhuizen (Figuur 5). Klinieken blijven gemiddeld gezien binnen de Treeknorm, terwijl ziekenhuizen daar over het algemeen (ver) overheen gaan.



Figuur 5 – De wachttijd bij klinieken is 40 tot 70% korter dan bij ziekenhuizen

De verschillen in wachttijd lijken niet veroorzaakt door na-effecten van COVID. Ook in 2019 lagen de wachttijden bij klinieken fors lager dan bij ziekenhuizen (Figuur 23 in bijlage). Zowel bij ziekenhuizen als klinieken zijn de wachttijden bij heupartrose en huidkanker wel toegenomen door COVID. Voor cataract zijn de wachttijden juist afgenomen sinds 2019. De relatieve verschillen tussen kliniek en ziekenhuis zijn over de hele linie echter vergelijkbaar door de jaren heen. Kort samengevat kun je als patiënt dus beduidend sneller terecht bij een kliniek, dan bij een ziekenhuis.

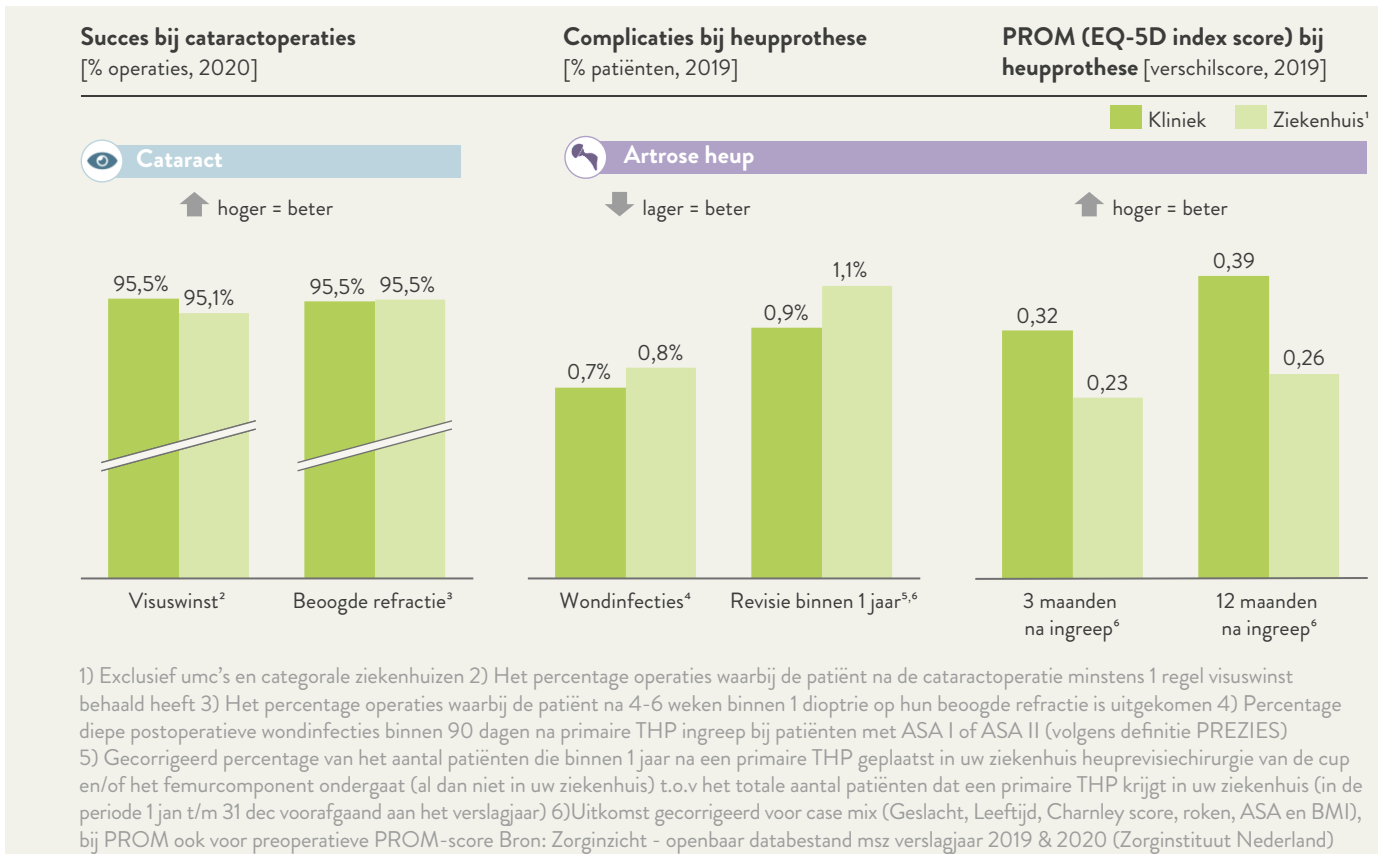


Kwaliteit

Medische uitkomsten en
tevredenheid gaan hand in hand

Medische uitkomsten | De kwaliteit van zorg is vergelijkbaar of zelfs hoger bij klinieken

Patiënten willen natuurlijk niet alleen snel ergens terecht kunnen. Ze willen ook daar geholpen worden waar de zorg goed is, of zelfs beter dan elders. Kwaliteit van zorg is geen eenvoudig begrip, maar gelukkig komen er meer en meer kwaliteitsindicatoren beschikbaar. Voor cataract zijn de uitkomsten op beschikbare indicatoren tussen klinieken en ziekenhuizen vergelijkbaar. Bij heupvervangings zijn de verschillen groter en scoren klinieken gemiddeld gezien beter (Figuur 6). Voor huidkanker zijn er helaas geen kwaliteitsindicatoren die uniform per aanbieder worden bijgehouden.



Figuur 6 – Medische uitkomsten zijn vergelijkbaar (cataract) of beter (heupvervangings) in klinieken

Cataract

Na een cataractoperatie wordt succes van de ingreep bepaald aan de hand van visuswinst. Dat is de vooruitgang in gezichtsvermogen. Streven is dat de patiënt na een cataractoperatie minstens 1 regel (van de letterkaart van de oogarts) vooruit gaat. Ook wordt gekeken naar de refractie: bereikt een cataractpatiënt na operatie de beoogde brilsterkte (refractieafwijking), met een bandbreedte van 1 dioptrie-punt. Voor beide kwaliteitsindicatoren zijn de scores, zowel bij klinieken als ziekenhuizen, behoorlijk hoog. Meer dan 95% van de patiënten verbetert de visus en ook meer dan 95% bereikt de beoogde refractie.

Artrose heup

Er zijn twee manieren om naar de kwaliteit van zorg van heupvervangings te kijken: het technische succes van de operatie (frequentie van wondinfectie of revisie) en de uitkomsten zoals patiënten die rapporteren. Zowel op wondinfectie als op noodzaak tot revisie-operatie binnen één jaar scoren klinieken gemiddeld beter (want lager) dan ziekenhuizen. Zowel in ziekenhuizen als in klinieken is de kans op wondinfectie of revisie laag, maar in klinieken zelfs nog lager.

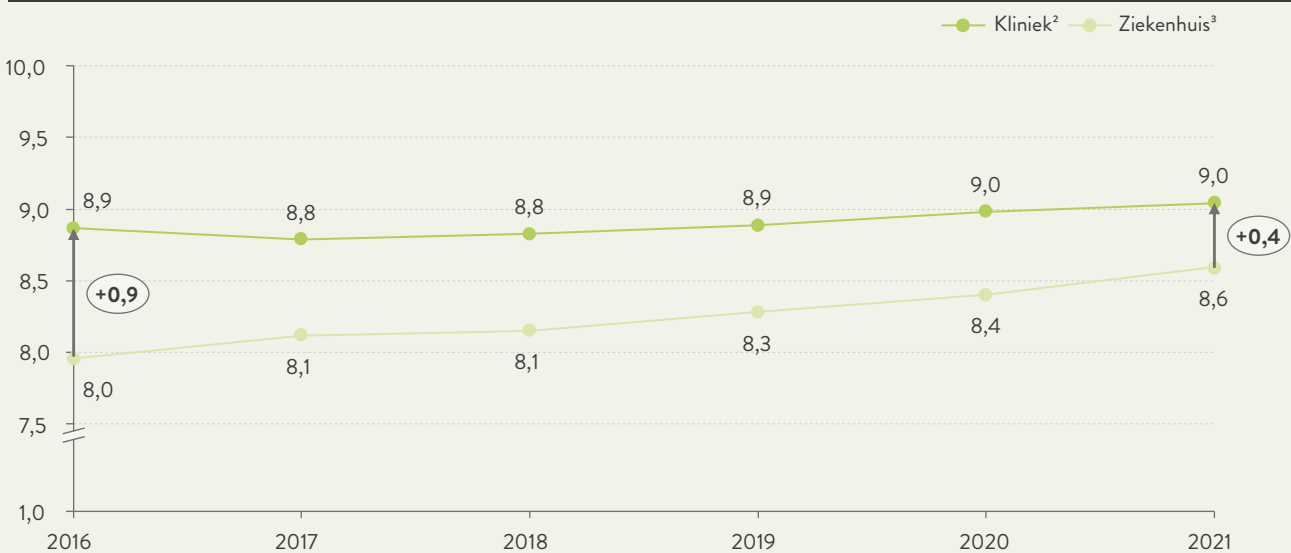
Daarbij is gecorrigeerd voor ASA-score en/of casemix; we vergelijken dus appels met appels. Ook op het gebied van *patient reported outcome measure* (PROM) scoren klinieken beter, zowel 3 maanden als 12 maanden na de ingreep. Ook hierbij is gecorrigeerd voor de casemix. De PROM EQ-5D index is een veelgebruikte score die de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven uitdrukt, aan de hand van score op mobiliteit, zelfstandigheid, dagelijkse bezigheden, pijn en angst. Deze PROM wordt uitgedrukt in een verschilscore: de door de patiënt gerapporteerde vooruitgang, ten opzichte van voor de operatie. Deze verschilscore (dus de winst in kwaliteit van leven) ligt bij klinieken gemiddeld hoger dan bij ziekenhuizen.

Patiënttevredenheid | Patiënten geven gemiddeld rapportcijfer 9,0 aan klinieken

Naast de medische uitkomsten is de patiënttevredenheid een manier om (ervaren) kwaliteit uit te drukken. Via ZorgkaartNederland is die patiënttevredenheid inzichtelijk. Jaarlijks vullen tienduizenden patiënten van ziekenhuizen en/of klinieken in hoe tevreden ze zijn over hun zorgaanbieder. Patiënten beoordelen hun kliniek met gemiddeld een 9,0 (Figuur 7). Sinds 2016 is die gemiddelde score niet onder de 8,8 geweest. De rapportcijfers variëren licht per specialisme, maar schommelen allemaal rond de negen (Figuur 24 in bijlage). Bij ziekenhuizen is de patiënttevredenheid iets lager, maar stijgend: van gemiddeld een 8,0 in 2016 naar een 8,6 in 2021. De hoge scores die klinieken en ook ziekenhuizen krijgen, zijn niet vanzelfsprekend. Ter vergelijking¹³: patiënten waarderen huisartsen met gemiddeld een 8,0, ggz-aanbieders met een 7,4, apotheken met een 6,3 en jeugdzorgaanbieders met een 5,6.

Ontwikkeling patiënttevredenheid

[Waarderingscijfer van 1-10]¹



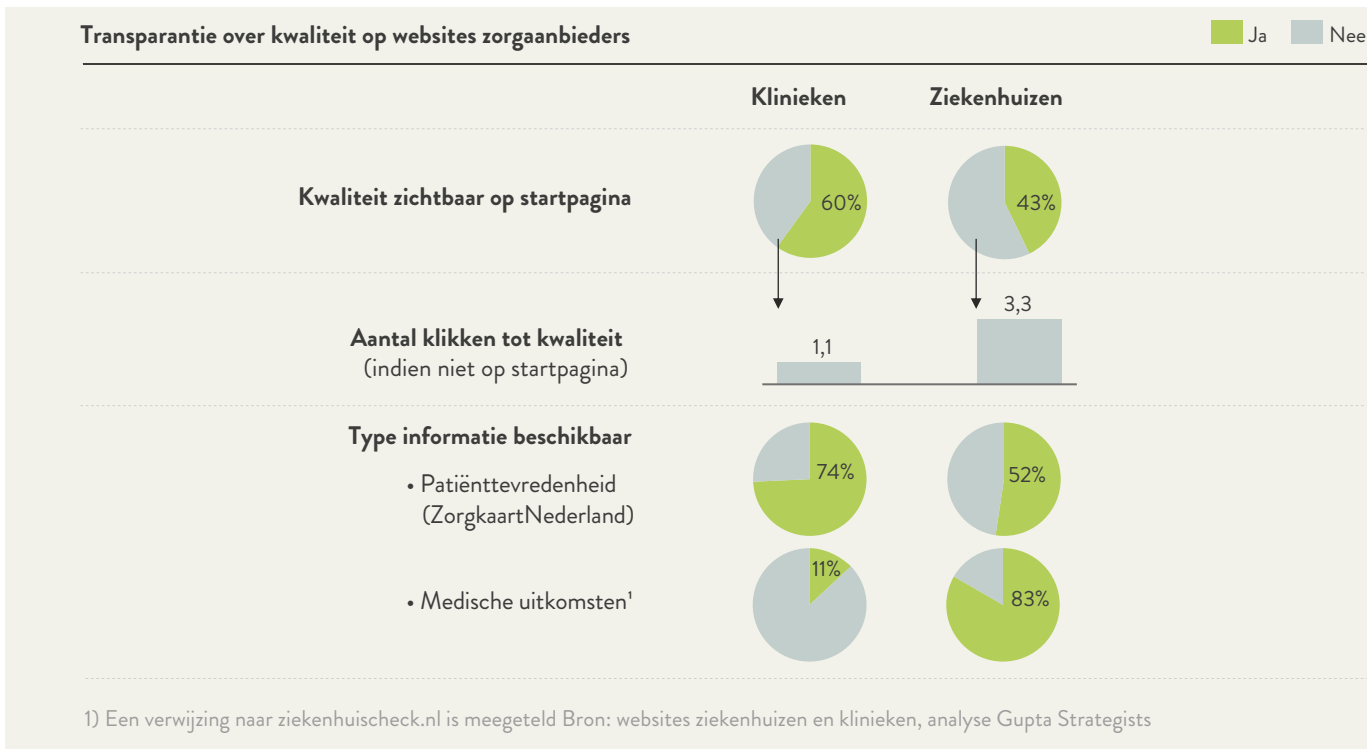
1) Waarderingscijfers gebaseerd op minstens 10 beoordelingen zijn meegenomen in de analyse. Totaal aantal beoordelingen ziekenhuizen 6K-11K per jaar, klinieken 10K-21K per jaar 2) Klinieken die bij ZKN aangesloten zijn 3) Exclusief umc's Bron: ZorgkaartNederland, analyse Gupta Strategists

Figuur 7 – Patiënttevredenheid (ZorgkaartNederland) is hoger bij klinieken; tevredenheid over ziekenhuizen stijgt

Transparantie | Klinieken zijn transparant over tevredenheid, maar nauwelijks over uitkomsten

De medische uitkomsten bij klinieken zijn dus goed en ook de patiënttevredenheid is hoog. Maar weten patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars dat ook? We zien dat klinieken hier over het algemeen transparant in zijn: 60% van de klinieken vermeldt op de homepage hun kwaliteit (medische uitkomsten en/of patiënttevredenheid) (Figuur 8). Meestal is dat de score op ZorgkaartNederland of een andere klantwaardering, zoals Trustpilot. Als klinieken niets over kwaliteit schrijven op hun homepage, kost het gemiddeld slechts 1,1 muisklik om die gegevens toch te zien. Bij ziekenhuizen zijn kwaliteitsgegevens vaak wat verder verstopt. De minderheid van de ziekenhuizen (43%) laat het direct op de startpagina zien. En als het daar niet staat, moet je gemiddeld meer dan 3 keer klikken om er te komen. Oftewel: de kwaliteit van klinieken, die tot uiting komt in hoge patiënttevredenheid, is goed vindbaar voor de patiënt die de website bezoekt.

Als het gaat om de kwaliteit van zorg (behandelresultaten, complicaties, PROM's), zijn klinieken echter minder transparant. Terwijl klinieken daarop over het algemeen ook goed, of zelfs beter, presteren. Ruim 80% van de ziekenhuizen verwijst naar ziekenhuischeck.nl, waar cijfers over medische uitkomsten staan en waar ziekenhuizen onderling te vergelijken zijn^x. Kwaliteit van zorg van klinieken is op deze website echter niet beschikbaar. Slechts 10% van de klinieken laat op haar eigen website gegevens over medische uitkomsten zien.



Figuur 8 – Klinieken zijn transparant over patiënttevredenheid, maar minder over medische uitkomsten

^x Hiervoor zijn gegevens van onder meer Zorginstituut Nederland, de IGJ en de NZa gecombineerd. Deze website is in beheer bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).



Betaalbaarheid

Klinieken vertalen efficiëntie
in lagere kosten

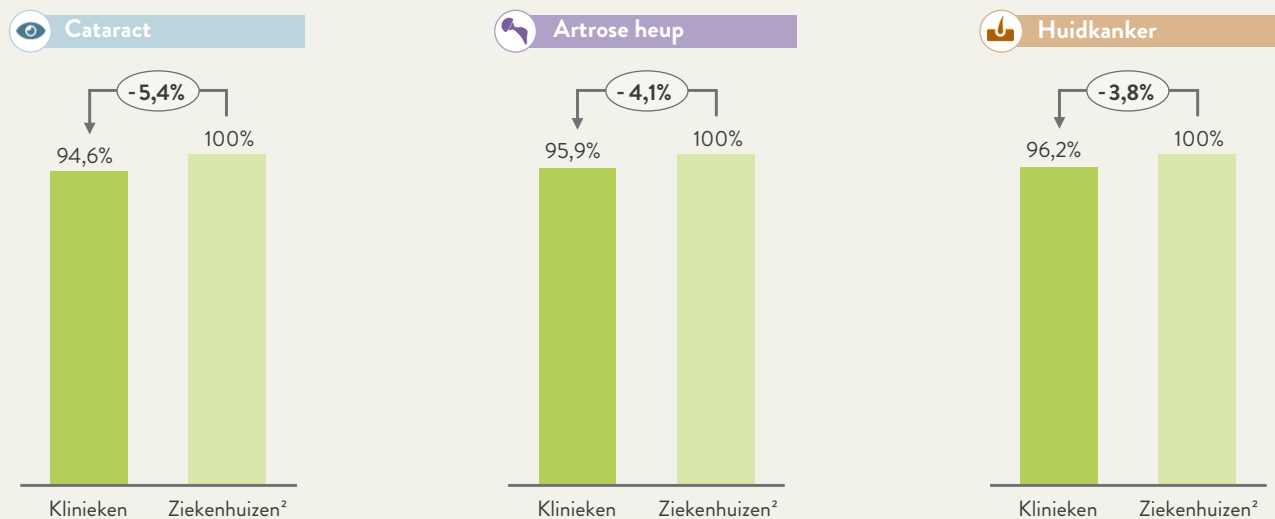
Tot nu hebben we gezien dat de toegankelijkheid en kwaliteit van klinieken op orde is. Dat maakt klinieken van waarde voor de patiënten die de betreffende zorg nodig hebben. Welk prijskaartje hangt aan die toegankelijkheid en kwaliteit?

Prijsniveau | Tarieven zijn 4 à 5% lager bij klinieken

Als we kijken naar de gemiddelde tarieven bij klinieken, zien we dat die lager liggen dan bij ziekenhuizen (Figuur 9). De kracht van focus, die zich vertaalt in goede toegankelijkheid en goede kwaliteit, komt ook tot uiting in efficiënte processen, lagere kosten, en uiteindelijk lagere tarieven. Voor deze tariefvergelijking hebben we ook appels met appels vergeleken. Het uitgangspunt is de zorgproductmix die klinieken voor de betreffende zorggebieden leveren. Met die zorgproductmix en de gemiddelde landelijke tarieven per zorgproduct¹⁴ komen we na exclusie van de deelnemende klinieken tot een gemiddeld landelijk prijsniveau van ziekenhuizen (en niet-deelnemende klinieken). Dat hebben we vergeleken met de daadwerkelijke tarieven bij de deelnemende klinieken, weer met diezelfde zorgproductmix. Daaruit volgt dat klinieken gemiddeld 3,8% tot 5,4% goedkoper zijn.

Gemiddelde tarief zorgproducten¹

[relatief t.o.v. ziekenhuizen, 2021]

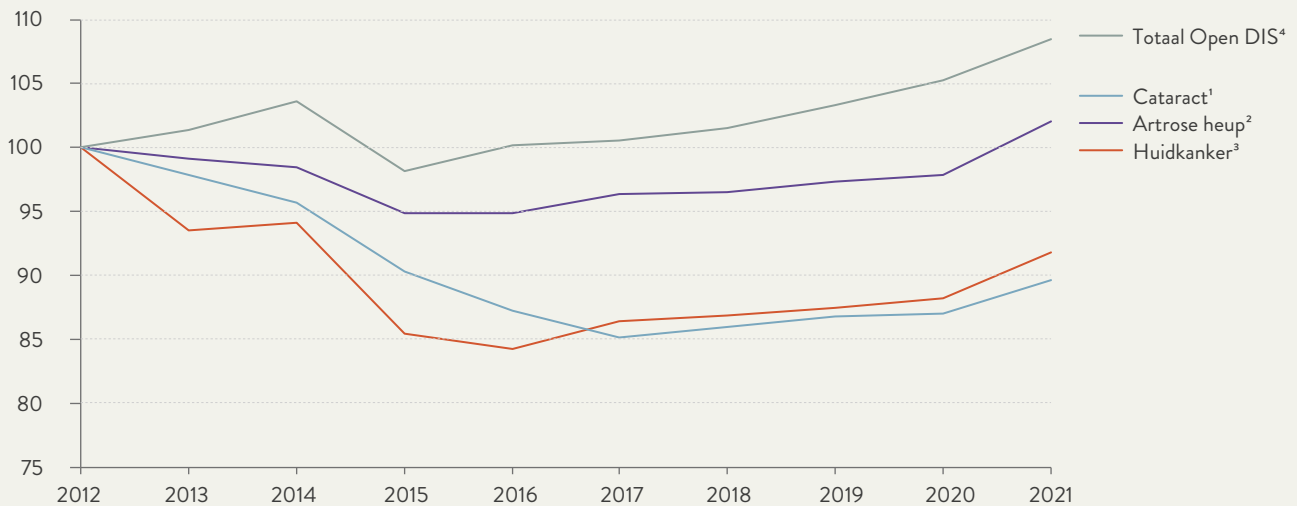


1) Berekening van gemiddelde verkoopprijs zorgproduct, uitgaande van zorgproductmix klinieken. Alleen zorgproducten die voorkomen bij klinieken zijn meegenomen 2) Totale msz excl. de deelnemende klinieken (die samen 50-85% van de totale productie in klinieken vertegenwoordigen). De niet-deelnemende klinieken zijn onderdeel van het tarief weergegeven bij ziekenhuizen. In werkelijkheid zal het verschil tussen ziekenhuizen en klinieken dus nog groter zijn Bron: Open Dis, declaratiedata deelnemende klinieken, analyse Gupta Strategists

Figuur 9 – Gemiddelde tarieven bij klinieken lager dan bij ziekenhuizen, voor dezelfde zorgproductmix

Dat klinieken goedkoper zijn dan ziekenhuizen is goed nieuws voor de premiebetaler – wij allemaal dus. Maar is het verschil niet wat klein, als je bedenkt dat een kliniek minder kosten heeft voor ingewikkelde infrastructuur, beschikbaarheidsfuncties en overhead? Om het tariefverschil in context te zien, is het relevant om te kijken naar de prijsontwikkeling van de betreffende zorgproducten in de afgelopen jaren. Als we kijken naar de meestvoorkomende zorgproducten binnen de drie zorggebieden, zien we dat de prijsontwikkeling daarvan sinds 2012 ondergemiddeld is ten opzichte de gemiddelde prijsstijging (Figuur 10). Voor cataract en huidkanker zijn de prijzen zelfs zo sterk gedaald dat ze in 2022 nog steeds zo'n 10% lager uitvallen dan tien jaar eerder. Ook eerder, in de periode 2005-2007, concludeerde de NZa al dat de concurrentiedruk die uitgaat van de klinieken de prijsontwikkeling remt¹⁵.

Prijzontwikkeling zorgproducten [2012=100]



1) Gewogen gemiddelde van de meest voorkomende zorgproducten: 70401008 (Cataractoperatie - standaard), 70401016 (Polibezoek (1)), 70401017 (Polibezoek (1) + diagnostiek), 70401002 (Cataractoperatie - complex) 2) Gewogen gemiddelde van de meest voorkomende zorgproducten: 131999234 (Polibezoek (1-2)), 131999052 (Inbrengen heupprothese + verpleegdag), 131999172 (Onderzoek en/of behandeling) 3) Gewogen gemiddelde van de meest voorkomende zorgproducten: 29499039 (Polibezoek (1-2)), 29499021 (Operatie licht (1-2)), 29499016 (Operatie middel (1)), 29499002 (Mohs-microchirurgie) 4) Gewogen gemiddelde van alle zorgproducten waarvoor een gemiddelde verkoopprijs bekend was voor jaar t en jaar t-1, bovenstaande zorgproducten geëxcludeerd Bron: Open Dis, NZa, analyse Gupta Strategists

Figuur 10 – Prijzen van planbare zorg die (ook) in klinieken wordt geleverd is gedaald of minder hard gestegen dan gemiddeld

Die prijsdaling komt enerzijds doordat de afgelopen jaren ziekenhuizen, in navolging van klinieken, voor deze zorg zelf ook efficiënter en goedkoper zijn geworden. Anderzijds speelt strategische prijsstelling door ziekenhuizen mogelijk een rol, waarmee ziekenhuizen tarieven mogelijk lager houden voor zorgproducten die ook door klinieken geleverd worden. Hoe groot deze beide effecten zijn is moeilijk te kwantificeren. Echter, als klinieken ondanks dat 4% tot 5% lagere tarieven hebben én goede kwaliteit en betere toegankelijkheid bieden, is dat aantrekkelijk voor patiënt en zorgverzekeraar.

Bedrijfsresultaat | Beloning voor risico en efficiëntie, maar transparantie beperkt

Hoe verhouden de lagere tarieven bij klinieken zich tot de winst die zij maken? Winst in de zorg is een beladen thema. Ook klinieken kampen met een imago van te hoge winstmarges¹⁶. Objectief gezien is winst (of zorgvuldiger: bedrijfsresultaat) niets meer of minder dan het verschil tussen opbrengsten en kosten. Het verlagen van de kosten door focus op efficiëntie leidt tot meer winst (zie Box 4). Het ondernemerschap in klinieken zorgt voor een continue focus op efficiëntie en het voorkomen van onnodige kosten. Bij gelijke of zelfs lagere opbrengsten (door lagere tarieven), leiden lagere kosten tot meer winst.

BOX 4**Betalen voor (in)efficiëntie**

Een illustratief voorbeeld ter vergelijking: bij de autogarage ‘Om de hoek’ betaal je 100 euro voor een bandenwissel. Zij maken daarvoor ongeveer 90 euro aan kosten en maken een winst van 10 euro (10%). Een gespecialiseerd autobandenbedrijf heeft zijn bedrijfsproces zo ingericht, dat elke monteur niet twee maar drie complete bandenwissels per uur kan doen. Ze maken wel extra kosten om die efficiëntie te bereiken, zoals een automatisch boekingsysteem en de inzet van ondersteunende krachten om de auto’s op en van de brug te rijden. Onderaan de streep biedt dit bandenbedrijf een bandenwissel voor 90 euro. Hun kosten zijn 75 euro, dus ze maken 15 euro winst per bandenwissel (ruim 16%, Tabel 1).

	Garage ‘Om de hoek’	Bandenbedrijf ‘Focus’
Tarief	€ 100,00	€ 90,00
Kosten	€ 90,00	€ 75,00
Winst	€ 10,00 (10%)	€ 15,00 (16,7%)

Wat heeft in dit voorbeeld de voorkeur? In het geval van de bandenwissel zullen veel mensen kiezen voor de efficiëntie van het gespecialiseerde bandenbedrijf: minder betalen en ook nog eens sneller klaar. Waarom zou je dan betalen voor de inefficiëntie van de garage om de hoek? Dezelfde vergelijking gaat op als je ‘bandenbedrijf’ vervangt door ‘kliniek’ en ‘garage’ door ‘ziekenhuis’. In de zorg lijken we collectief echter minder moeite te hebben om te betalen voor suboptimale processen of bureaucratie.

Operationeel resultaat van klinieken (in niet representatieve steekproef) vergelijkbaar met dat van ziekenhuizen

Hoe verhoudt het bedrijfsresultaat van klinieken zich tot ziekenhuizen? De meeste klinieken zijn namelijk niet transparant over hun financiële prestatie. Alhoewel ze jaarrekeningen publiceren volgens de wettelijke verplichtingen, komt bij een groot deel van de klinieken de daadwerkelijke financiële prestatie daaruit niet naar voren^{xi}. In de betreffende jaarrekeningen zijn de kosten (vrijwel) gelijk aan de opbrengsten en/of zijn geen of nauwelijks personeelskosten opgenomen. De gerapporteerde kosten zijn dan bijvoorbeeld de omzet van onderliggende dochterondernemingen, waar de werkelijke winst wordt gemaakt^{xii}. De beperkte transparantie over de financiële situatie van klinieken is in tegenspraak met de geest van de *governance code* van ZKN, waarin ‘transparantie over de wijze waarop klinieken middelen inzetten’ een expliciet onderdeel is¹⁷. Overigens: ook ziekenhuizen (en andere organisaties in de zorg) zijn niet volledig transparant over hun financiële situatie, bijvoorbeeld doordat niet duidelijk is wat het financiële resultaat is van medisch specialistische bedrijven (msb’s).

xi Van de 107 openbaar beschikbare jaarrekeningen (2021) van klinieken die we hebben bestudeerd, is bij 88 sprake van een juridische structurering die maakt dat de daadwerkelijke financiële prestatie niet of niet geloofwaardig naar voren komt

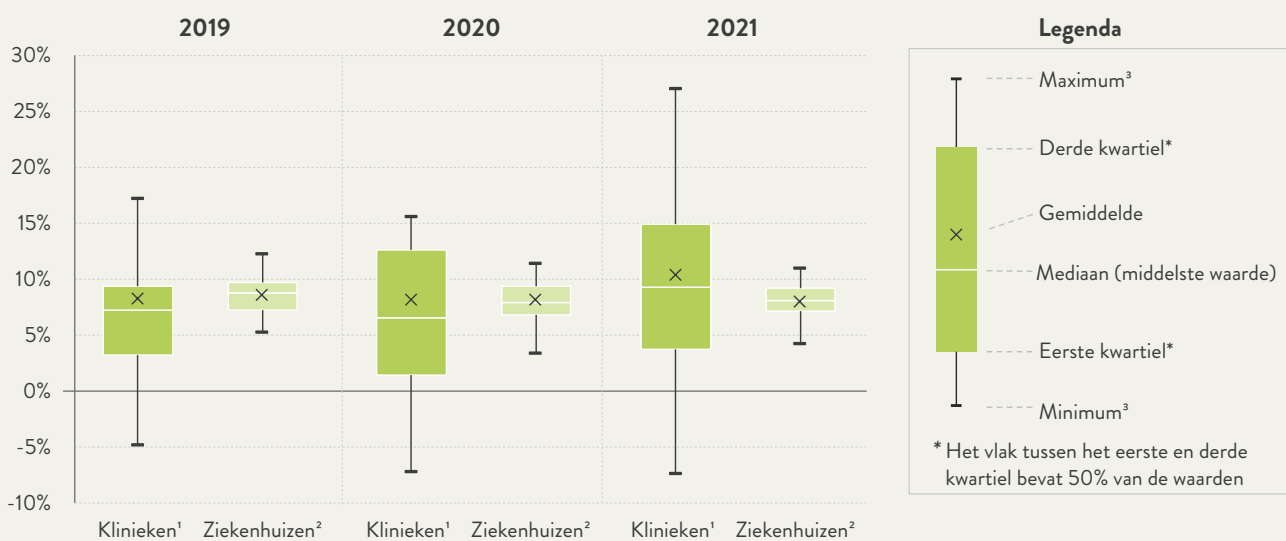
xii Van die dochterondernemingen is het in de meeste gevallen niet verplicht om jaarrekeningen te deponeren

Ten behoeve van dit onderzoek hebben we de EBITDA (*earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization*) van klinieken bestudeerd. De EBITDA is een veelgebruikte maat voor het resultaat van operationele activiteiten. We hebben 18 betrokken klinieken gevraagd naar hun financiële gegevens (omzet en EBITDA) en van vijf van hen hebben we die gegevens ontvangen^{xiii}. Ook hebben we van 19 andere klinieken^{xiv} betrouwbare gegevens over EBITDA in openbare bronnen kunnen vinden^{18,19}.

In totaal hebben we de EBITDA van 24 klinieken tot onze beschikking^{xv}. Dit is geen representatieve steekproef, maar het geeft wel een indicatie. De gemiddelde EBITDA in 2021 van die klinieken was 10,4% (mediaan 9,4%). De spreiding was groot: van -7% tot +27%. Ter vergelijking: de EBITDA van ziekenhuizen was gemiddeld 8,0% (variërend van 4,2% tot 11,0%; mediaan 8,2%)^{xvi,20}. De jaren 2019 en 2020 laten een vergelijkbaar beeld zien, al was de gemiddelde (en ook de mediane) EBITDA van klinieken lager dan in 2021 en van ziekenhuizen juist hoger (Figuur 11). Dat de spreiding bij klinieken zoveel groter is dan bij ziekenhuizen hangt er mee samen dat de groep klinieken heterogeen is (divers in omvang, type zorg, organisatievorm etc.), terwijl ziekenhuizen relatief homogeen zijn. Ondanks dat deze steekproef geen representatieve afspiegeling van alle klinieken is, geven deze gegevens geen aanleiding om te denken dat het (operationeel) resultaat bij het merendeel van de klinieken buitensporig is.

EBITDA

[% van omzet, per jaar]



1) 21, 23, 24 klinieken (respectievelijk 2010, 2002, 2021) die EBITDA hebben aangeleverd of waarvan die openbaar beschikbaar is; NB dit is geen representatieve steekproef 2) Algemene of stz-ziekenhuizen 3) Exclusief outliers die meer dan 1,5 keer de *interquartile range* afwijken Bron: jaarverslagen klinieken, jaarverslagendatabase ziekenhuizen Gupta Strategists, analyse Gupta Strategists

Figuur 11 – Operationeel resultaat (EBITDA) van klinieken en ziekenhuizen

- xiii Middelgrote tot grote klinieken (omzet tussen EUR ~7 mln en ~90 mln)
- xiv Kleine tot middelgrote klinieken (omzet tussen EUR ~0,9 mln en ~15 mln)
- xv Alle onderzochte klinieken zijn ZKN-leden; de zorg die zij bieden is divers en beperkt zich niet tot de drie zorggebieden die in scope zijn van dit rapport
- xvi Algemene ziekenhuizen en stz-ziekenhuizen

Rendement op geïnvesteerd kapitaal

Daarnaast is het financiële risico dat klinieken lopen relevant voor de discussie over winst en winstuitkering (rendement). Klinieken, of de ondernemers^{xvii} achter klinieken, investeren kapitaal. Aandeelhouders van klinieken lopen het risico dat kapitaal kwijt te raken bij spreekwoordelijk zwaar weer of faillissement. Zoals in economische systemen gangbaar is, staat tegenover risico een mogelijke beloning: rendement dat recht doet aan het gelopen risico. Dat risico is overigens niet iets negatiefs. Juist het feit dat ondernemers financieel risico lopen, maakt dat klinieken innoveren en focussen op efficiëntie.

xvii Individuele investeerders of *private equity*-partijen



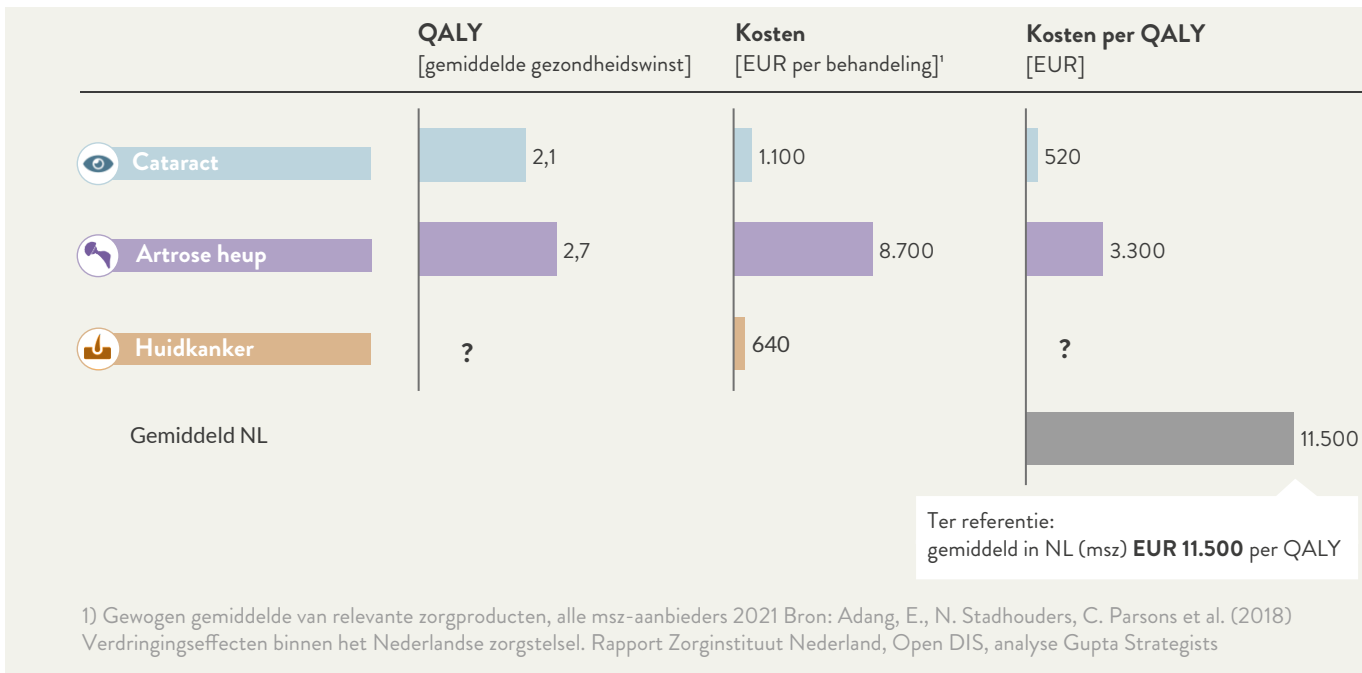
Maatschappelijke waarde
Verantwoordelijkheid nemen
voor bijdrage aan continuïteit
van zorg

De hiervoor beschreven voordelen van zorg bij klinieken zijn niet alleen gunstig voor de individuele patiënt. Ook voor de zorgsector in het algemeen en daarmee de maatschappij bieden klinieken toegevoegde waarde. Dat belichten we aan de hand van gezondheidswinst (QALY), continuïteit van zorg tijdens COVID en het opleiden en behouden van zorgpersoneel.

QALY | Focuszorg doet ertoe voor de patiënt

Klinieken bieden planbare zorg. Soms geeft dat het beeld dat die zorg minder belangrijk is dan acute zorg. Dat is zeker niet het geval. Ook planbare zorg kan groot effect hebben op de kwaliteit van leven: weer goed kunnen zien na cataractoperatie, goed kunnen lopen na heupvervangingsoperatie et cetera. En het uitstellen van planbare zorg geeft gezondheidsrisico's: huidkanker waarmee een patiënt doorloopt kan uitzaaien, hartklachten kunnen verergeren en zelfs tot een infarct leiden. Het uitstellen van planbare zorg tijdens COVID heeft dan ook veel gezondheidsschade opgeleverd^{1 4 5}.

Oftewel: planbare focuszorg die klinieken bieden, doet ertoe. Dat blijkt ook als je kijkt naar de toegevoegde waarde van de in dit rapport bestudeerde zorggebieden. Die toegevoegde waarde is uit te drukken in QALYs: *quality-adjusted life years*. Voor een aantal behandelingen is wetenschappelijk onderzocht hoeveel QALY-winst die opleveren. Voor een cataractoperatie is dat 2,12 QALY, voor heupvervangingsoperatie 2,67. Het prijskaartje dat hieraan hangt is relatief niet zo hoog. De kosten per QALY bij cataract zijn rond de 550 euro. Voor heupvervangingsoperatie is dat ongeveer EUR 3.300 per QALY (Figuur 12)^{xviii,xix}. Ter vergelijking: gemiddeld kost de winst van één QALY door medisch-specialistische zorg in Nederland EUR 11.500²¹.



Figuur 12 – Kosten voor gezondheidswinst (QALY) van focuszorg zijn relatief laag

xviii Dit zijn gemiddelden: met een hogere kwaliteit en lagere prijs bij klinieken, pakt de prijs per QALY zelfs nog wat gunstiger uit bij klinieken

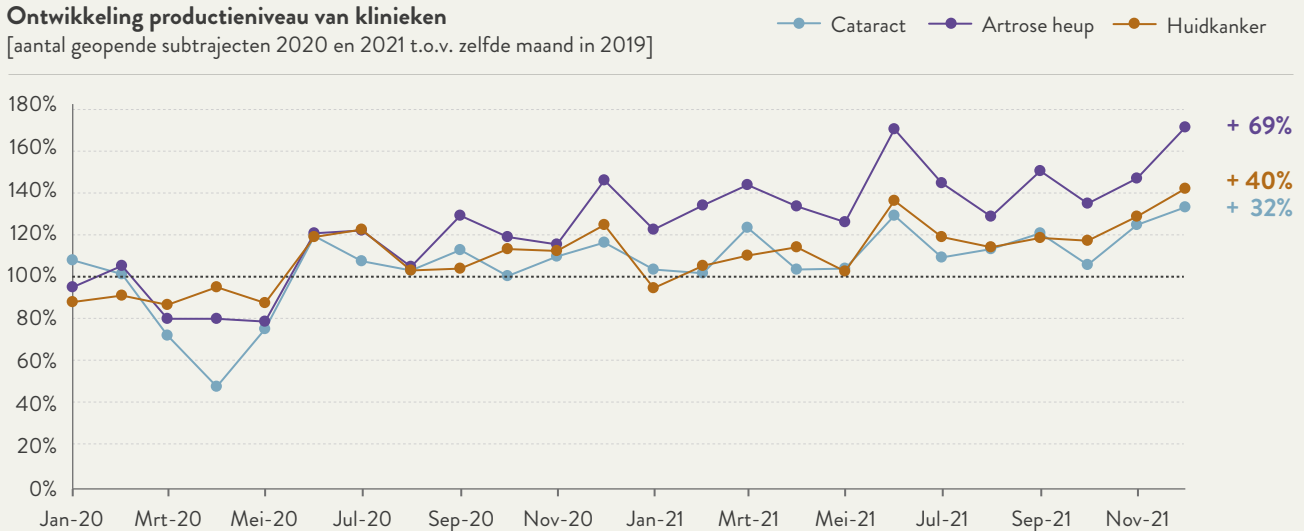
xix Voor ingrepen bij huidkanker zijn helaas in de literatuur geen QALY-referentiewaarden bekend. Gezien de lage prijs (minder dan 700 euro) en de potentiële gezondheidswinst, vooral door het voorkomen van uitzaaiingen door het vroegtijdig verwijderen van melanoom, is de prijs per QALY naar verwachting ook daar gunstig.

COVID | Klinieken dragen bij aan continuïteit van zorg

Door COVID is veel zorg uitgesteld. Naar schatting ruim 300.000 operaties zijn in 2020 en 2021 uitgesteld¹. Een groot deel daarvan is nog niet ingehaald. Ook bij klinieken is tijdens de eerste COVID-golf in 2020 zorg afgeschaald (Figuur 13). Sindsdien hebben klinieken meer patiënten behandeld, ondanks latere COVID-golven. Het precieze productieniveau bij ziekenhuizen is niet inzichtelijk, maar de NZa rapporteert wel welk deel van de zorg bij cataract en bij artrose heup in 2019 en 2020 door klinieken werd uitgevoerd (Figuur 25 in bijlage). Dat aandeel is groeiende (trendlijn in Figuur 25 in bijlage en Figuur 2). In de eerste COVID-golf is er een piek in aandeel van klinieken: ziekenhuizen schaalden harder af dan klinieken. Aan het einde van 2020 neemt het aandeel van klinieken weer toe. Klinieken hielden hun productieniveau op peil en groeiden zelfs om in de uitgestelde zorgvraag te kunnen voorzien, ziekenhuizen schaalden weer af in de tweede COVID-golf. Helaas is een dergelijke vergelijking voor 2021 niet beschikbaar gemaakt door de NZa. Wat we wel weten, is dat het productieniveau bij de onderzochte klinieken fors is gestegen gedurende 2021, tot 30 à 70% meer dan in 2019. Op die manier zorgen klinieken ervoor dat patiënten terecht kunnen voor hun zorg, en dragen ze bij aan continuïteit van zorg. Het RIVM heeft becijferd dat de extra productie door klinieken 47.000 QALY's heeft opgeleverd¹.

Ontwikkeling productieniveau van klinieken

[aantal geopende subtrajecten 2020 en 2021 t.o.v. zelfde maand in 2019]



Bron: declaratiedata deelnemende klinieken, analyse Gupta Strategists

Figuur 13 – Na daling in eerste COVID-golf is productieniveau klinieken gestegen

Personeel | Klinieken bieden goed werkgeverschap en behouden mensen voor de zorg

Personeel en het personeelstekort is een van de hoofdpijndossiers in de zorg. Het vinden, opleiden en behouden van voldoende personeel is een continue uitdaging voor klinieken, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders

Aantrekkelijkheid voor personeel

Uit de interviews komt naar voren dat klinieken over het algemeen minder moeite hebben om personeel te vinden dan ziekenhuizen. Een deel van de zorgverleners (medisch specialisten, verpleegkundigen, doktersassistenten etc.) vindt het prettig om te werken bij een kliniek. Argumenten die we daarbij terug horen zijn onder meer: goed georganiseerd, meer tijd voor de patiënt (door bijvoorbeeld taakdelegatie en efficiënte administratie), geen of minder diensten,

fijne sfeer onderling. Bij een deel van de zorgmedewerkers speelt ook frustratie over hoe het in het ziekenhuis ging (juist suboptimale processen bijvoorbeeld) mee in hun keuze voor een kliniek. Ook spelen in een deel van de gevallen betere arbeidsvoorwaarden een rol. De redenen om bij een kliniek te gaan werken, zijn ook redenen om bij een kliniek te blijven werken. Daarbij lijken tijd voor de patiënt en de prettige onderlinge werksfeer in het team de belangrijkste. Overigens zijn er ook argumenten waarom mensen niet bij een kliniek willen werken, zoals de sterkere mate van aansturing en mindere mate van afwisseling. Door de diversiteit aan werkplekken (ziekenhuis, kliniek) met hun eigen voor- en nadelen is er 'voor elk wat wils'. Dat vergroot de kans dat zorgmedewerkers behouden blijven voor de zorg, ook als ze bijvoorbeeld ontevreden zijn over hun werk in een bepaalde setting.

De keerzijde van de aantrekkelijkheid van werken bij een kliniek kan zijn dat er daardoor minder personeel beschikbaar is in de acute zorg. In de ggz hebben we gezien dat dat kan leiden tot een vicieuze cirkel: steeds meer mensen als zzp'er aan de slag, de 'overgebleven' medewerkers moeten de diensten draaien, nog meer mensen kiezen ervoor om 'van de diensten af te raken' door zzp'er te worden, waardoor de druk op de medewerkers nog groter wordt²². Bij de medisch-specialistische zorg lijkt dat probleem minder groot, maar het is wel belangrijk daar alert op te blijven. Overigens is het aantal zorgmedewerkers bij klinieken relatief klein, ten opzichte van ziekenhuizen (Box 5). Toch is het belangrijk dat klinieken actief bijdragen aan de beschikbaarheid van personeel voor de acute zorg, bijvoorbeeld door de dienstendruk te verlichten. Personeel van klinieken draait in sommige ziekenhuizen al mee in de diensten, bijvoorbeeld in de samenwerking tussen Oogcentrum Noordholland en het Rode Kruis Ziekenhuis.

BOX 5

Voorbeeld anesthesie- en OK-medewerkers

Klinieken en ziekenhuizen vissen grotendeels in dezelfde vijver als het gaat om medewerkers. Een voorbeeld: anesthesie- en OK-medewerkers zijn zeer schaars. Als klinieken willen groeien, bijvoorbeeld om inhaalzorg na COVID te bieden, zoeken zij extra van deze medewerkers. Ziekenhuizen zien klinieken soms als concurrent bij het vervullen van vacatures. In die discussie is het relevant om de omvang van klinieken en ziekenhuizen in Nederland in perspectief te zien.

Er zijn in Nederland een kleine 8.000 anesthesie- en OK-medewerkers, bijna 6.200 fte²³. 480 fte van hen werken bij klinieken²⁴. Dus voor elk van deze medewerkers in een kliniek zijn er 12 in het ziekenhuis. Stel dat klinieken 10% meer anesthesie- en OK-medewerkers zouden willen aannemen, staat dat gelijk aan minder dan 1% van het aantal bij ziekenhuizen. En andersom: stel dat klinieken 10% van hun mensen zou uitlenen aan ziekenhuizen om ze uit de brand te helpen, is dat ook nog geen 1% extra voor de ziekenhuizen. En voor bijvoorbeeld verpleegkundigen zijn de verhoudingen nog extremer: in ziekenhuizen werken zo'n 76.000 verpleegkundigen²⁵, in klinieken slechts 900.

De impact van klinieken op de totale zorgarbeidsmarkt is dus (zeer) beperkt. Dat ontslaat klinieken natuurlijk niet van hun verantwoordelijkheid om personeel op te leiden en voor het personeel dat ze hebben een goede werkgever te zijn en op die manier de mensen zo goed mogelijk benutten voor de zorg.

Opleiding

Om aan de continue vraag naar zorgpersoneel te voldoen, is het blijven opleiden van nieuwe professionals belangrijk. Klinieken dragen daaraan ook bij, op verschillende manieren. Zo werken meerdere klinieken (o.a. Bergman Clinics, Cardiologie Centra Nederland, Oogcentrum Noordholland) samen met umc's en stz-ziekenhuizen voor het opleiden van artsen (AIOS en co-assistenten). Ook leiden klinieken zelf optometristen of OK-assistenten op. PoliDirect Klinieken leiden endoscopieverpleegkundigen op. Equipe en Catharina Ziekenhuis leiden samen anesthesiemedewerkers op. CCN en Amsterdam UMC leiden in de Echocardiografie Academie mensen van buiten Europa met een achtergrond in de zorg versneld op tot echocardiografist²⁶. Verschillende klinieken bieden stageplaatsen aan voor bijvoorbeeld doktersassistenten of huidtherapeuten. In hoeverre klinieken hun *fair share* nemen in het opleiden van personeel is echter niet duidelijk. Een voorbeeld: veel klinieken vinden de 1-op-1-behandelrelatie met de eigen specialist heel belangrijk en bieden om die reden geen plek aan co-assistenten.



Innovatie

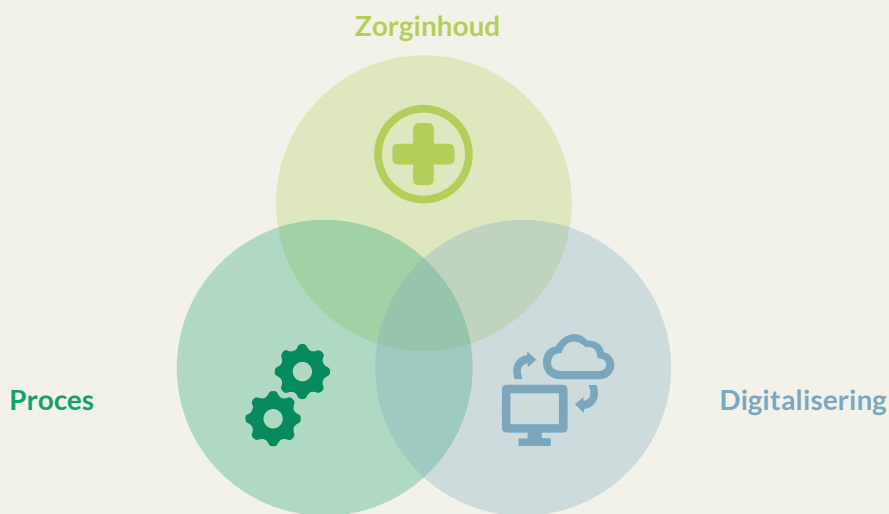
Een ondernemend en
innovatief klimaat

De toegevoegde waarde van klinieken zit in meer dan we tot nu toe in cijfers hebben gevat. Uit de gesprekken en interviews komt naar voren dat veel klinieken ondernemend en innovatief zijn. Ze zijn bezig met het verbeteren van de zorg en hun processen en ze zijn daarin, door hun focus en veelal kleine(re) schaal, wendbaarder dan de meeste ziekenhuizen.

Snijvlak | Innovaties bij klinieken combineren zorginhoud, proces en digitalisering

De innovaties die de afgelopen jaren bij klinieken hebben plaatsgevonden, kenmerken zich doordat ze zich op het snijvlak van twee of drie elementen bevinden: zorginhoud, proces en digitalisering (Figuur 14). Het gros van de innovaties komt voort vanuit de **zorginhoud**, vanuit de kennis en kunde van de zorgverlener. Bijvoorbeeld: ‘voor deze patiënten die al jarenlang rugklachten hebben, moeten we samenwerken met fysiotherapeuten en andere experts’. Of: ‘we willen kunnen meten wat het effect is van onze behandeling op de patiënten, zodat we daarmee ook andere patiënten weer beter kunnen voorlichten’. Waar klinieken vervolgens goed in zijn, is ook het **proces** zodanig aanpassen, dat de zorg daadwerkelijk anders wordt georganiseerd. Door de OK efficiënter in te plannen, door ondersteunend personeel administratie te laten doen of door diagnostiek sneller uit te kunnen voeren. Ten derde zien we dat klinieken bij veel innovaties de mogelijkheden van **digitalisering** benutten. Ze zetten ict in voor het ondersteunen van zorg (bijvoorbeeld HartWacht) of de administratieve processen eromheen (zoals het maken van een afspraak).

Aspecten van innovaties bij klinieken



Figuur 14 – Innovaties bij klinieken combineren drie aspecten

Voorbeelden | Een greep uit de innovaties van klinieken

Veel innovaties die begonnen zijn in klinieken, hebben daarna hun weg gevonden in andere delen van de zorg, zoals ziekenhuizen. Bijvoorbeeld een ‘one-stop-shop’ (op één dag op één plek van diagnose tot behandelplan of behandeling) wordt ook steeds vaker in ziekenhuizen aangeboden. Ook HartWacht, slimme thuismonitoring voor hartpatiënten, heeft voor allerlei ziekten inmiddels navolging. Deze en andere voorbeelden van innovaties beschrijven we hierna (Figuur 15).



Figuur 15 – Voorbeelden van innovaties bij klinieken (niet uitputtend)

'One-stop-shop'

Een fenomeen dat bij klinieken veel gebruikt wordt is de 'one-stop-shop' of 'straat' (bijvoorbeeld 'borstkankerstraat'). Ook bij ziekenhuizen komt dat steeds meer voor. Het principe is dat je in korte tijd (meestal één dag) alle diagnostiek ondergaat, een diagnose krijgt en een behandelplan krijgt (of zelfs ook al de behandeling zelf). Bij bijvoorbeeld het Alexander Monro Ziekenhuis, gespecialiseerd in borstkanker, krijg je op één dag een mammografie, een echo en wordt (indien nodig) een biopt genomen. Ook zijn aanvullende zorg en services beschikbaar op locatie, zoals re-integratiecoach, seksuoloog en ondersteuning bij prothese. Bij DermaPark hebben ze het zorgproces bij huidkankers zo georganiseerd, dat bij het merendeel van de patiënten bij het eerste consult ook aansluitend de verrichting plaatsvindt. De patiënt hoeft dus niet nog een keer extra te komen.

Multidisciplinair zorgpad

Door de focus die klinieken hebben op één of enkele ziektebeelden, kunnen ze daarom een zorgpad inrichten specifiek voor die patiënten. We zien dat steeds meer klinieken daarvoor een multidisciplinaire aanpak kiezen. Daarbij werken eerste en tweede lijn intensief samen. Niet alleen een medisch-specialist als behandelaar, maar in nauwe samenwerking met bijvoorbeeld fysiotherapeuten, ergotherapeuten of huidtherapeuten. Xpert Clinics heeft bijvoorbeeld voor duimbasisartrose zo'n multidisciplinair zorgpad opgezet²⁷. Dit leidt tot hogere patiënttevredenheid en een halvering van het aantal operaties. Hierdoor dalen ook de kosten. Iets vergelijkbaars zien we bij RUGPOLI. Ook daar werken behandelaren samen en combineren zij verschillende behandelingen. Dat leidt ertoe dat bij 50% tot 80% van de herniapatiënten met een indicatie voor chirurgie, operatie niet nodig is²⁸.

Uitkomsten meten

Een aantal klinieken is al heel ver in het meten en benutten van uitkomsten. Bijvoorbeeld Xpert Clinics, waar met het online meetsysteem Pulse vragenlijsten en metingen verzameld worden²⁹. Patiënten en behandelaren kunnen die informatie inzien en gebruiken om de ont-

wikkeling van de patiënt te volgen. Daarnaast doet Xpert Clinics samen met Erasmus MC wetenschappelijk onderzoek met deze data³⁰. Dat draagt onder meer bij aan het steeds verder verbeteren van de behandelprotocollen. Ook bij Oogcentrum Noordholland benutten behandelaren de uitkomsten van zorg bij cataract. Onder de noemer 'project Nightingale' verzamelen ze parameters zoals gezichtsscherpte en refractie en PROMs, door patiënt gerapporteerde uitkomsten. Die werkwijze leidt tot betere kwaliteit van leven³¹.

Zorg thuis

De beweging van zorg naar huis is al een aantal jaar gaande³². HartWacht, ontwikkeld door Cardiologie Centra Nederland, is één van de eerste voorbeelden van thuismonitoring op grote schaal. Met HartWacht hebben patiënten met hartfalen, hartritmestoornis of hoge bloeddruk hun cardioloog 24/7 dichtbij. Op basis van meetwaarden (zoals bloeddruk, ECG en gewicht) houdt het team van cardiologen en hartverpleegkundigen, ondersteund door *artificial intelligence*, de patiënten in de gaten. Niet alleen in Nederland, maar ook in negentien andere Europese landen³³. De online thuismonitoring voorkomt onnodige controles in het ziekenhuis én zorgt ervoor dat afwijkingen eerder worden opgemerkt³⁴. Door HartWacht is het aantal verpleegdagen en SEH-bezoeken van de betreffende hartpatiënten gehalveerd³⁵.

Ook voor niet-chronische zorg is digitale ondersteuning van zorg bij patiënten thuis zinvol. De PijnCoach van orthopedisch centrum Kliniek ViaSana is een hulpmiddel om het gebruik van pijnstillers na een knie-operatie terug te dringen. Via de app beantwoorden patiënten na plaatsing van een knieprothese op meerdere momenten vragen over de pijn die ze ervaren. Op basis van de antwoorden krijgen ze advies op maat: bijvoorbeeld mediatiegebruik, fysiotherapie of koelen. Patiënten die de PijnCoach gebruiken hebben minder pijn (zowel tijdens belasten als 's nachts) terwijl ze 44% minder opiaten, zware pijnstillers, gebruiken³⁶.

Online afspraken maken

Klinieken innoveren ook op het gebied van processen rondom de geleverde zorg. Zo hebben Bergman Clinics en ZorgDomein het mogelijk gemaakt om het eerste consult zelf, online in te plannen. Zo'n 80% van de patiënten kan na verwijzing van de huisarts zelf meteen een consult inplannen op een plaats en tijd die ze schikt³⁷. Dat is in groot contrast met de meeste ziekenhuizen, waar patiënten vaak moeten wachten tot ze een brief krijgen waarin de afspraak staat aangekondigd.



Conclusie

Focus en ondernemerschap
drijven meerwaarde van klinieken

We hebben in voorgaande hoofdstukken gezien dat toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid, maatschappelijke waarde en innovatie hand in hand gaan. Dat is geen toeval, maar komt voort uit de onderliggende gemene deler van klinieken: focus (Figuur 16). Het woord focus komt voort uit de meetkunde. Het is het brandpunt van een lens, het punt waarin alles samenkomt³⁸. In overdrachtelijke zin gaat focus over het richten van energie (tijd, aandacht, geld). Wie focust, kiest een doel en zet zich daarvoor in. Focus betekent ook dingen niet doen die afleiden van dat doel. Het vraagt om lef en discipline om écht te kiezen.



Figuur 16 – Toegevoegde waarde van klinieken komt voort uit ondernemerschap en focus

Deze focus is duidelijk te zien bij klinieken. Veel klinieken zijn ontstaan vanuit de gedachte “dit moet toch beter kunnen voor de patiënt” en “als dat niet lukt in het ziekenhuis, dan ga ik het zelf wel regelen”. Klinieken focussen vaak op specifiek zorgaanbod. Bijvoorbeeld niet alle orthopedie, maar alleen hand- en polsclachten; niet alle oncologie, maar alleen borstkanker. Door die focus kunnen klinieken het proces voor die zorg goed inrichten (zie ook de voorbeelden in het hoofdstuk Innovatie). En door veel vergelijkbare patiënten te zien en ingrepen vaak te doen, worden medewerkers (niet alleen artsen, maar ook bijvoorbeeld OK-personeel) daar steeds beter in. Overigens hoeft de focus niet alleen in het type zorg te zitten. Bijvoorbeeld in de dermatologie bieden de meeste klinieken vrijwel de volle breedte van het vakgebied, vergelijkbaar aan ziekenhuizen. Hun focus zit vooral in de manier waarop die zorg georganiseerd is: een eenvoudig, efficiënt en patiëntvriendelijk proces.

Focus vertaalt zich bij vrijwel alle klinieken in een *lean* werkwijze waarbij de patiënt centraal staat en die zich kenmerkt door continu verbeteren. Bijvoorbeeld: een strakke OK-planning met verregaande taakdelegatie, waardoor operateurs meer ingrepen kunnen doen op een dag. Of: een kliniek die alle vergaderingen, onderhoud en andere ‘randzaken’ plant op één dag per maand, en de rest van de maand alleen maar met zorg verlenen bezig is. Waar klinieken ook beter in zijn dan ziekenhuizen, is de vrijgekomen ‘ruimte’ (bijvoorbeeld minder fte nodig) te verzilveren en niet op te vullen met overhead of andere taken. Daarbij is het ondernemerschap bij klinieken bepalend: het verzilveren van besparingen komt ten goede aan de eigenaar en verdwijnt niet in het grote geheel.



Toekomst

Klinieken dragen steentje bij aan
toekomstbestendigheid zorg

Blik vooruit | Kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van klinieken voor meer patiënten

Na jaren van maatschappelijke discussies over betaalbaarheid van zorg in Nederland, is het grootste probleem van de komende jaren de toegankelijkheid van zorg. Door het groeiende personeelstekort en de gestage vergrijzing is het niet vanzelfsprekend dat iedereen alle zorg kan krijgen die zij/hij nodig heeft. Het zorgvuldig omgaan met schaarse middelen (tijd van zorgverleners, maar ook geld) is iets waar klinieken goed in zijn. Klinieken zouden aan nog meer patiënten focuszorg kunnen leveren. De afgelopen jaren is het aantal patiënten dat kiest voor zorg bij klinieken toegenomen (Figuur 2 en Figuur 13). Wij denken dat er, in het kader van passende zorg, nog meer zorg naar klinieken kan gaan: deels doordat de zorgvraag überhaupt toeneemt en deels doordat ziekenhuizen meer planbare zorg aan klinieken over kunnen laten. Dat geeft ziekenhuizen meer ruimte voor de acute zorg en zorg voor complexe patiënten.

Een relevante vraag is dan natuurlijk of er nog voldoende ‘over blijft’ in het ziekenhuis, als meer zorg zou verplaatsen naar klinieken. Laten we een fictief voorbeeld nemen. Stel dat in een bepaalde regio alle heupvervangingen niet meer gedaan worden in het ziekenhuis, maar in een kliniek. Dat geldt alleen voor de patiënten die niet ook zorg van een ander specialisme nodig hebben. Dat betekent dat zo’n 40% van de patiënten die nu nog voor een nieuwe heup naar het ziekenhuis gaan, naar de kliniek gaan. De overige 60% blijft bij het ziekenhuis. Uitgedrukt in omzet, betekent het ‘verlies’ aan patiënten voor een doorsnee ziekenhuis een omzetsdaling van 0,4% tot 0,7%. Is dat nou veel of weinig? Dat zou veel zijn als je als ziekenhuis verder niets zou aanpassen. Maar als je dat wel doet, is het aardig ‘te behappen’. Er staan immers ook minder kosten tegenover. En schaarse OK-capaciteit kan in het ziekenhuis benut worden voor andere specialismen en/of acute zorg. Natuurlijk moet deze overdracht van patiënten gecontroleerd gebeuren. Als een ziekenhuis van de ene op de andere dag niet alleen een groot deel van de heupoperaties maar ook knie-operaties, cataractoperaties, en tal van andere planbare zorg verliest, leidt dit – vooral bij kleine ziekenhuizen in buitengebied – wel degelijk tot problemen.

Aanbevelingen | Samenwerking en maatschappelijke verantwoordelijkheid

De kracht van de focus van klinieken kan dus nog meer waarde hebben binnen de Nederlandse zorg, als meer patiënten voor hun focuszorg bij klinieken terecht kunnen. Ook kunnen patiënten profiteren van focuszorg als ziekenhuizen dat meer ‘in focus’ aanbieden, doordat ze de efficiëntie uit klinieken toepassen en daarbij ook bijvoorbeeld kortere wachttijd bereiken. Dat gaat echter niet vanzelf – dan was het al wel gebeurd. Daarom doen we een aantal aanbevelingen, rond twee thema’s: (1) samenwerken en aanvullen en (2) maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen voor continuïteit en betaalbaarheid van zorg.

Samenwerken en aanvullen

Om de kracht van klinieken én de kracht van ziekenhuizen optimaal te benutten, is het belangrijk om daarin elkaars rol te erkennen. De rol en toegevoegde waarde van klinieken hebben we in dit rapport uitgebreid beschreven. De rol van ziekenhuizen is onomstreden, juist als het gaat om acute zorg en zorg voor kwetsbare en complexe patiënten. Ziekenhuizen en klinieken zijn complementair aan elkaar en kunnen elkaar versterken, in plaats van concurreren om dezelfde patiënten.

Gelukkig zijn er ook verschillende voorbeelden van intensieve en constructieve samenwerking tussen klinieken en ziekenhuizen (niet uitputtend):

- **CCN en Amsterdam UMC.** De 'lijntjes' tussen focuszorg en zorg voor complexe patiënten zijn kort door intensieve samenwerking. Cardiologen werken een deel van hun tijd bij CCN en een deel van hun tijd bij Amsterdam UMC. Ook leiden beide organisaties gezamenlijk cardiologen op.
- **Beweeghuis.** In Limburg richt Beweeghuis zich op integrale beweegzorg, waaronder orthopedie. Daarvoor werken nulde, eerste, tweede en derde lijn samen. Maastricht UMC+ en Annadal Kliniek zijn belangrijke partners in Beweeghuis.
- **Sionsberg.** Na het faillissement van ziekenhuis Sionsberg (Dokkum) hebben zorginstelling ZuidOostZorg in Drachten, DC Klinieken en CCN de krachten gebundeld. Inmiddels is Sionsberg een medisch centrum waar mensen terecht kunnen voor poliklinische zorg en dagbehandeling. In samenwerking met Huisartsencentrum Dokkum en Zorgpension Dokkum richt Sionsberg zich de laatste jaren onder meer op spoedeisende, laagcomplexiteit hulp voor ouderen uit de regio, waardoor ze niet naar een SEH elders in Friesland hoeven.
- **Alexander Monroe Ziekenhuis en UMC Utrecht.** Het Alexander Monroe Ziekenhuis en UMC Utrecht werken steeds nauwer samen op het gebied van borstkankerzorg, vooral met betrekking tot innovatie, wetenschap en derdelijns zorg. Medisch-specialisten werken op beide locaties.
- **Hand Wrist Study Group.** Xpert Clinics en Erasmus MC werken samen in de Hand Wrist Study Group, zowel voor patiëntenzorg als voor wetenschappelijk onderzoek. Daarvoor benutten ze onder meer data uit de Pulse-database (zie hoofdstuk Innovatie). Ook opereren orthopeden van Erasmus MC en Xpert Clinics samen bij complexe en/of experimentele hand-/polsoperaties.

In aanvulling op deze voorbeelden van succesvolle samenwerking, zien we aanbevelingen voor zowel klinieken als ziekenhuizen:

- **Partner.** Zie elkaar als partner in plaats van als concurrent
- **Patiëntenzorg.** Zoek de vakinhoudelijke samenwerking, wissel expertise uit en verwijz door aan elkaar.
- **Processen.** Benut de ervaring met het efficiënt inrichten van focuszorg en met innovaties ook bij ziekenhuizen, zonder het wiel opnieuw uit te vinden.
- **Personeel.** Werk samen om personeel op te leiden, te behouden voor de zorg en zo efficiënt en duurzaam mogelijk in te zetten.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen voor continuïteit en betaalbaarheid

Naast de (lokale) samenwerking tussen zorgaanbieders, zien we ook aanbevelingen op zorgsysteemniveau, voor zowel VWS, zorgverzekeraars, als voor klinieken.

- **VWS en politiek: houd marktprikkels in stand voor focuszorg.** Gereguleerde marktwerking in de zorg is onderwerp van maatschappelijk en politiek debat. De kritiek op het huidige zorgsysteem zwelt aan en er lijkt sentiment te bestaan om marktprikkels te verminderen of af te schaffen. Wij waarschuwen daarbij om het kind niet met het badwater weg te gooien. Juist voor focuszorg zijn de marktprikkels (onderhandelruimte over prijs en volume) helpend; ze hebben bijvoorbeeld geleid tot lage(re) prijzen (Figuur 10). Heupartrose en cataract waren bij de introductie van het B-segment in 2005 één van de eerste zorggebieden waarbij vrije prijzen werden toegestaan³⁹. De criteria die golden voor uitbreiding van het B-segment, met vrije prijzen, zijn nog steeds van toepassing op focuszorg: (1) heldere, stabiele product- en prestatiebeschrijvingen, (2) voldoende aanbieders en voldoende keuzemogelijkheden, (3) voldoende volume en (4) externe effecten zoals wachtlijst en verwijsgedrag¹⁵. Al deze criteria zijn nog steeds van toepassing en het verminderen van marktprikkels voor focuszorg zou dan ook niet rationeel zijn.
- **Zorgverzekeraars: zorg voor passende volumes en tarieven.** Zorgverzekeraars hebben een disciplinerende rol in het invullen van de marktprikkels: het onderhandelen over en/of bepalen van tarieven en volumes. Er is dus een kans voor zorgverzekeraars: door meer volume aan klinieken toe te kennen, kunnen hun verzekerden van toegankelijkheid en kwaliteit profiteren voor een lager tarief. We moedigen zorgverzekeraars aan om zich uit te spreken over hun visie op de rol van klinieken in de toekomst. Als ze de toegevoegde waarde van klinieken zien, past het daarbij om ook groeiruimte toe te staan. Klinieken op hun beurt kunnen het initiatief nemen om bij groter volume de tarieven (verder) te verlagen. Het is wel belangrijk dat de Autoriteit Consument & Markt (ACM) er met kritisch concentratietoezicht op blijft toezien dat machtsposities van klinieken niet doorslaan.
- **Klinieken: vergroot transparantie, over kwaliteit van zorg én financieel resultaat.** Het is aan klinieken de taak om hun toegevoegde waarde op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid te blijven vergroten. Daarnaast is het belangrijk daarover transparanter te zijn. Eerder benoemden we al dat patiënten de medische uitkomsten van klinieken minder gemakkelijk kunnen vinden dan die van ziekenhuizen. Daar ligt een kans voor klinieken. Ook ligt er, in onze ogen, een opdracht om de transparantie over financieel resultaat te vergroten^{xx}. De klinieken die open zijn over hun (operationele) resultaat zijn in de minderheid. Door de intransparantie van de meerderheid blijft er een zweem van geheimzinnigheid over de sector hangen en wordt het beeld van (te) hoge winsten niet weerlegd. Dat beeld zal naar verwachting het versterken van de rol van klinieken in het zorgsysteem in de weg zitten. Daar zijn niet alleen klinieken, maar ook patiënten de dupe van.

xx Als de transparantie onvoldoende op gang komt vanuit de klinieken zelf, is ingrijpen vanuit VWS of NZa wellicht nodig.



Over dit rapport

Onderzoek door Gupta Strategists,
in opdracht van ZKN

Dit rapport is gebaseerd op grondige kwantitatieve en kwalitatieve analyse, uitgevoerd door Gupta Strategists. Dit rapport is tot stand gekomen in opdracht van ZKN. ZKN heeft een rol gespeeld in het ontsluiten van data van individuele klinieken, het contact leggen met te interviewen experts en waar nodig het duiden van de data en inzichten. Gupta Strategists heeft de data geanalyseerd, interviews uitgevoerd, conclusies getrokken en het rapport opgesteld. ZKN of de betrokken experts hebben geen invloed gehad op de conclusies van het rapport.

Bij vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met:



dr. Aile van Huijstee,
aile.vanhuijstee@gupta-strategists.com



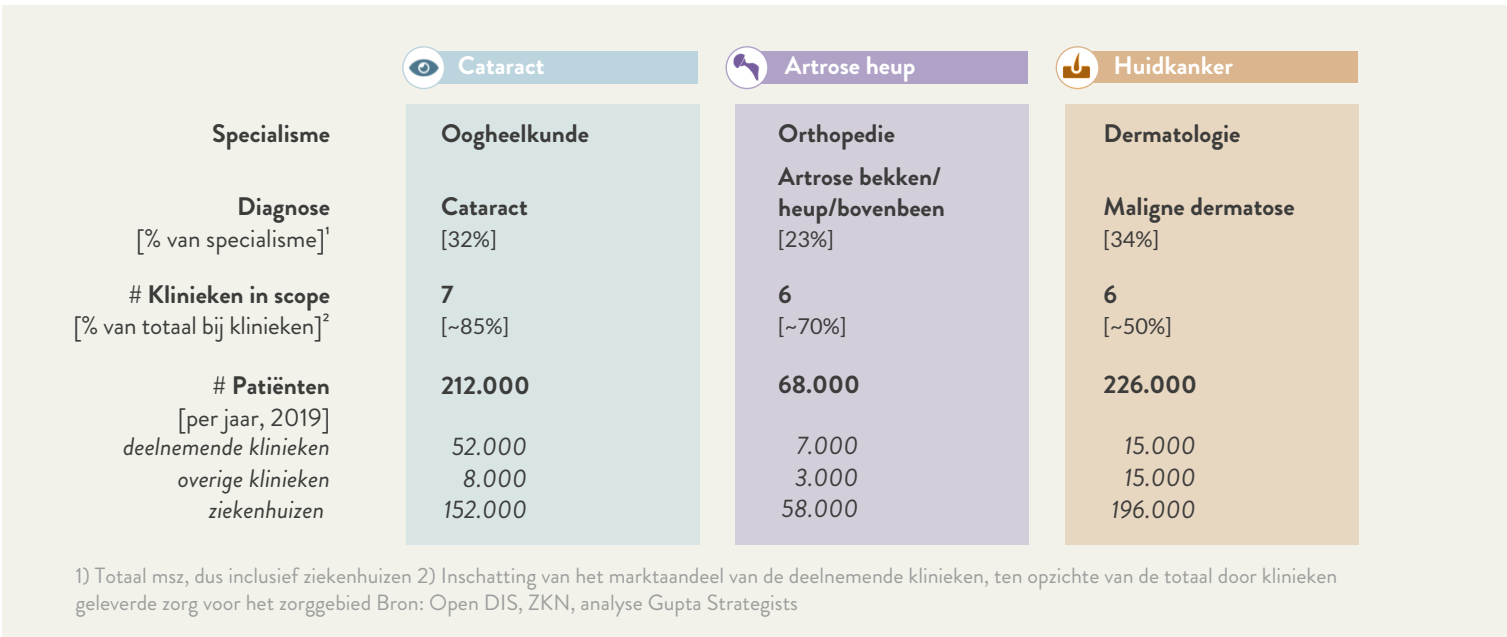
dr. Lisa Vogelpoel,
lisa.vogelpoel@gupta-strategists.com



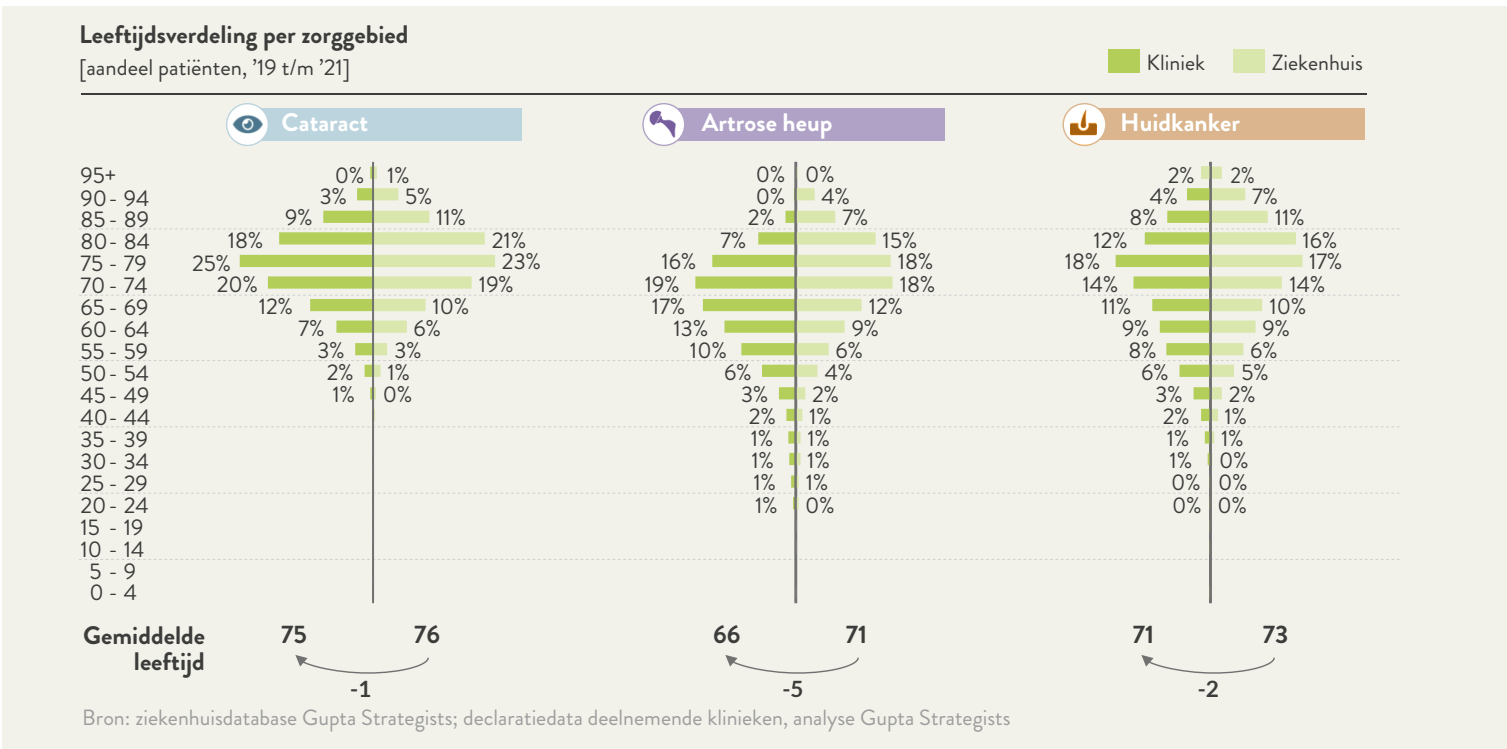
drs. Olivier Gerrits,
olivier.gerrits@gupta-strategists.com

We bedanken alle deelnemende klinieken die hun data beschikbaar hebben gesteld voor dit onderzoek. Ook bedanken we graag alle experts die we hebben geïnterviewd en die als klankbord hebben gefungeerd. Tot slot bedanken we onze collega's van Gupta Strategists die hebben meegewerkt: Joost de Vries en Jurre de Bruin.

I Bijlage

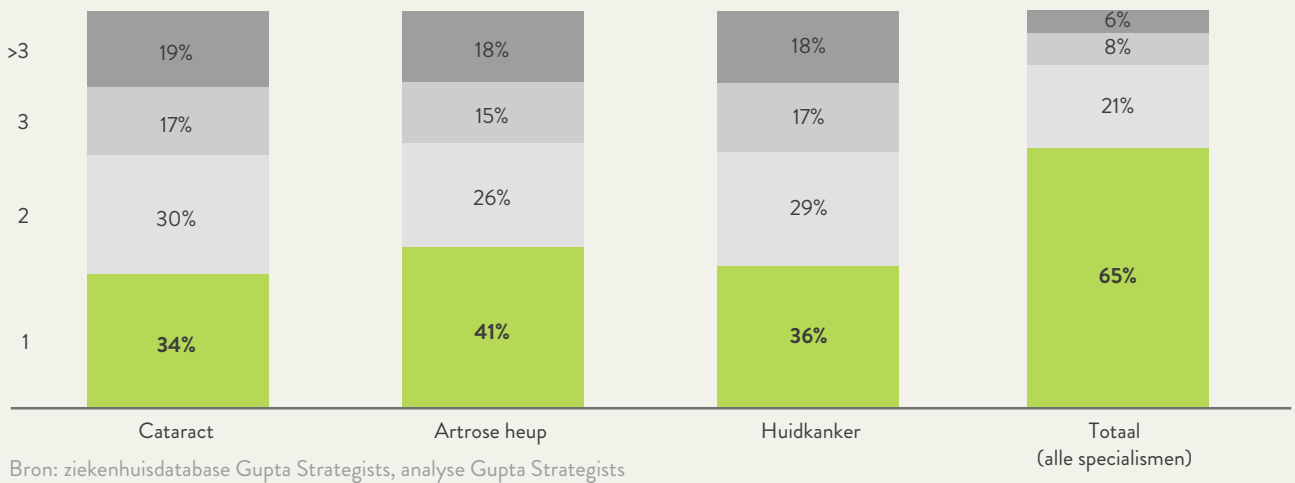


Figuur 17 – We focussen op drie zorggebieden: cataract, heupartrose en huidkanker



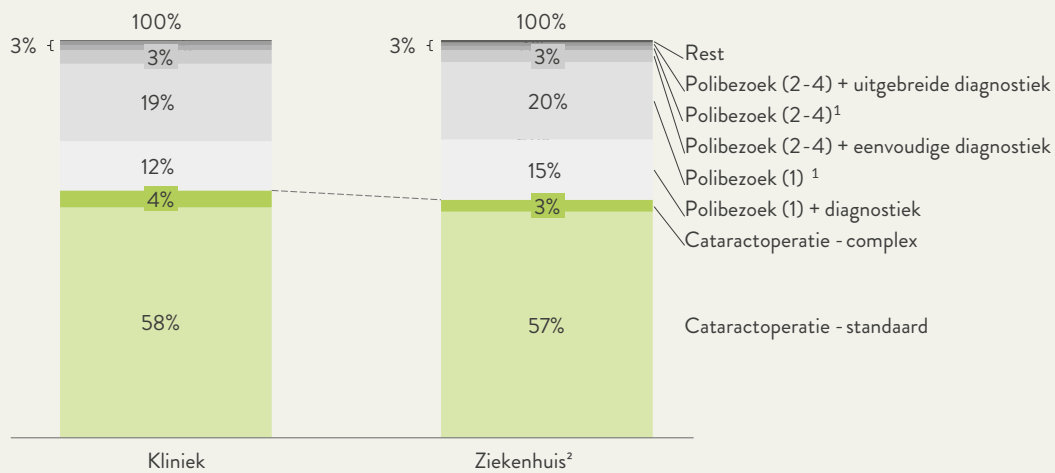
Figuur 18 – Patiënten in het ziekenhuis zijn gemiddeld ouder dan in kliniek (alle patiënten, niet gecorrigeerd voor ASA of aantal specialismen)

Aantal specialisten waarvoor patiënt naar instelling komt
[aandeel patiënten, 2019]



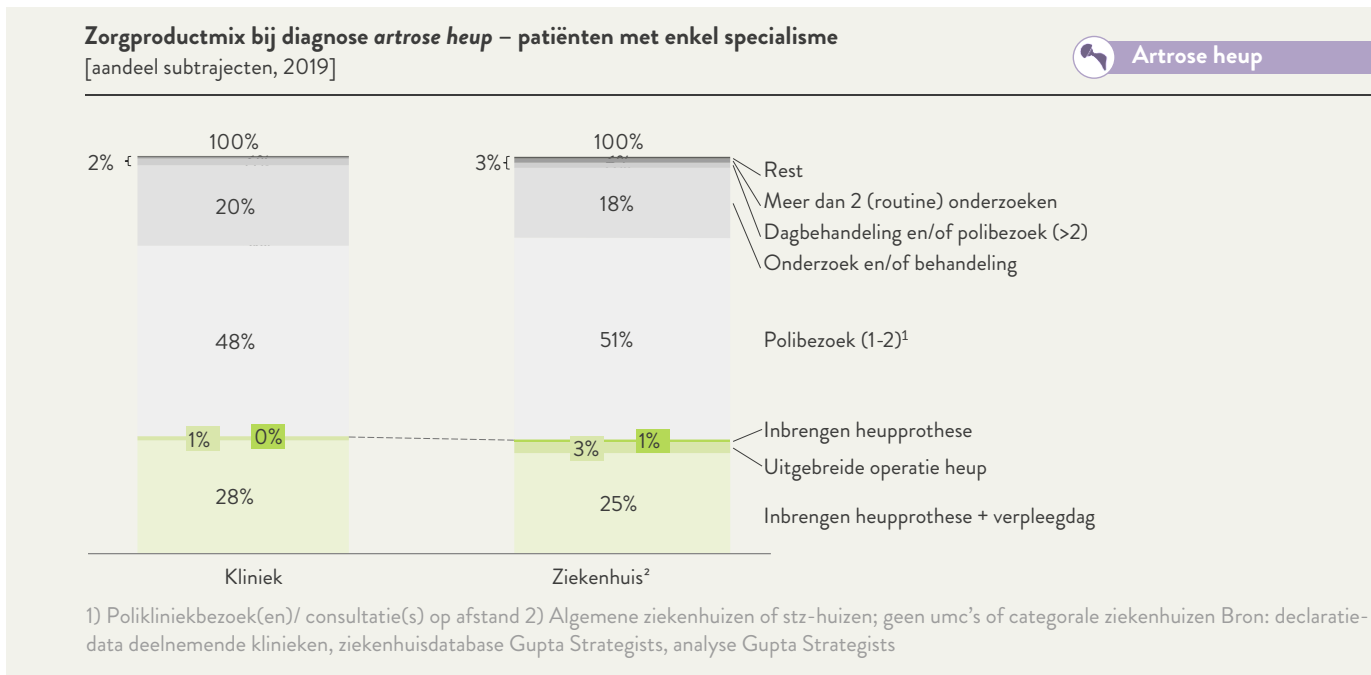
Figuur 19 – De minderheid van de patiënten komt alleen voor betreffende zorggebied naar het ziekenhuis

Zorgproductmix bij diagnose cataract – patiënten met enkel specialisme
[aandeel subtrajecten, 2019]

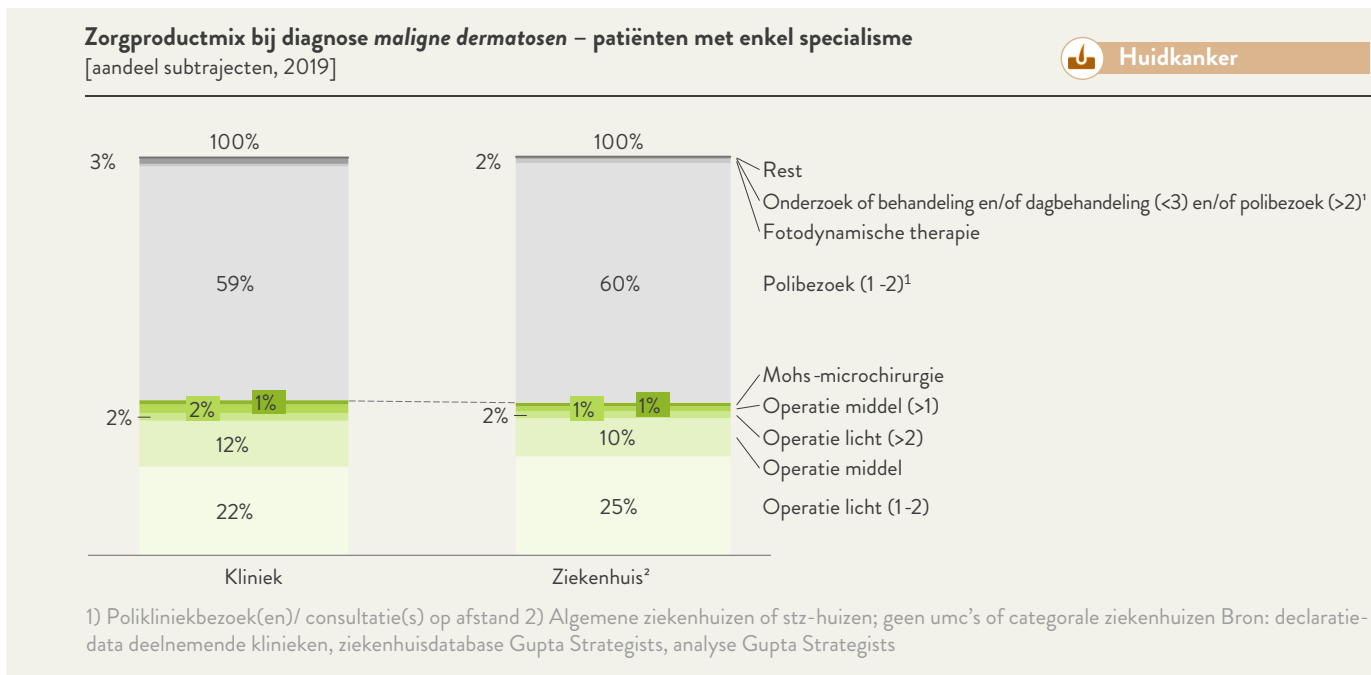


1) Polikliniekbezoek(en)/ consultatie(s) op afstand 2) Algemene ziekenhuizen of stz-huizen; geen umc's of categorale ziekenhuizen Bron: declaratie-data deelnemende klinieken, ziekenhuisdatabase Gupta Strategists, analyse Gupta Strategists

Figuur 20 – Zorgproductmix bij cataract is vergelijkbaar tussen kliniek en ziekenhuis



Figuur 21 – Zorgproductmix bij heupartrose is vergelijkbaar tussen kliniek en ziekenhuis

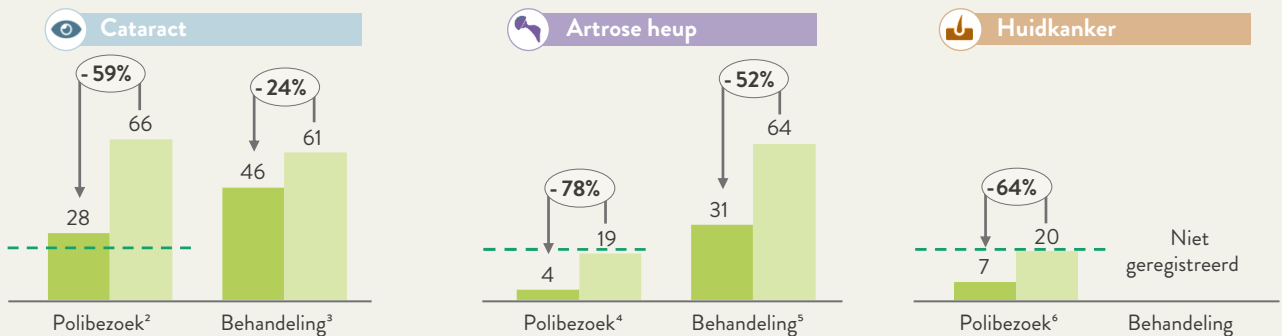


Figuur 22 – Zorgproductmix bij huidkanker is vergelijkbaar tussen kliniek en ziekenhuis

Wachttijden per zorggebied

[Dagen¹, april 2019]

--- Treeknorm polibezoek⁷ ■ Kliniek ■ Ziekenhuis



1) Wachttijden polikliniekbezoek en behandeling tellen bij elkaar op 2) Polikliniekbezoek – Oogheelkunde (in april 2019 werden subspecialismen nog niet apart geregistreerd) 3) Behandeling - Initiële staaroperatie 4) Polikliniekbezoek – Orthopedie 5) Behandeling - Initiële totale heupvervangning 6) Polikliniekbezoek – Dermatologie 7) 80% van de patiënten moet binnen deze tijd terechtkunnen Bron: Dataset Wachttijden medisch-specialistische zorg (NZa), analyse Gupta Strategists

Figuur 23 – Ook vóór COVID waren wachttijden bij klinieken lager dan bij ziekenhuizen

Patiënttevredenheid naar type instelling

[Waarderingscijfer van 1-10, gem. 2019-2021]¹

■ Kliniek² ■ Ziekenhuis

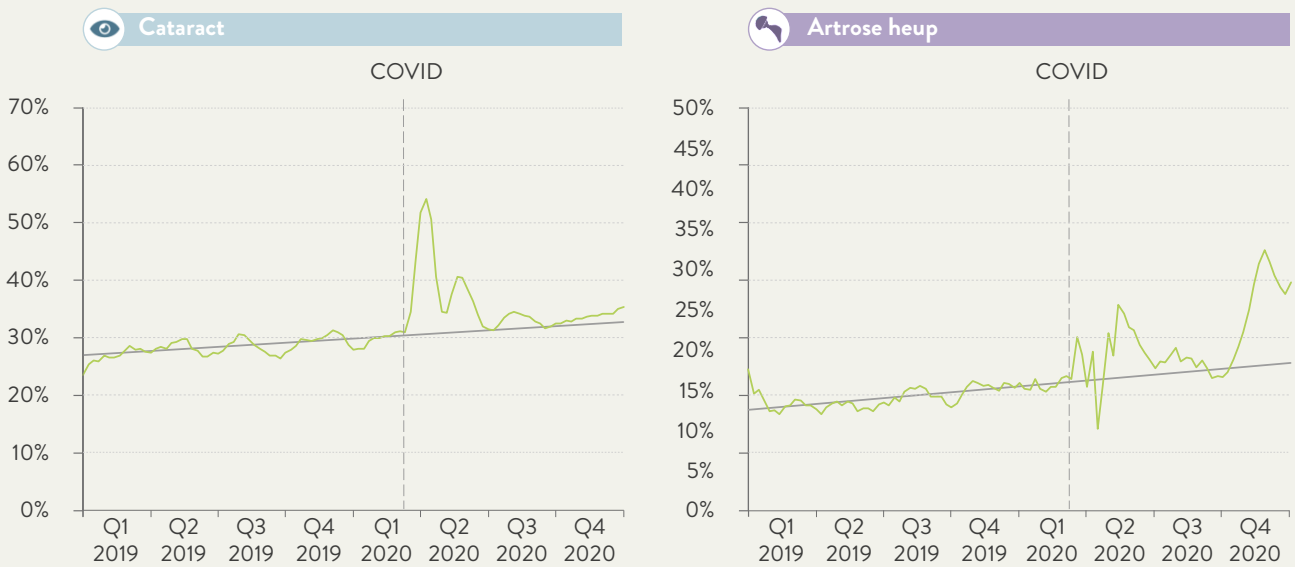


1) Waarderingscijfers gebaseerd op minstens 10 beoordelingen zijn meegenomen in de analyse. Totaal aantal beoordelingen ziekenhuizen 6K-11K per jaar, klinieken 10K-21K per jaar 2) Klinieken die bij ZKN aangesloten zijn Bron: ZorgkaartNederland, analyse Gupta Strategists

Figuur 24 – Patiënttevredenheid bij klinieken is hoog, ongeacht het specialisme

Aandeel van klinieken in het totaal aantal uitgevoerde operaties

[% operatieve activiteiten uitgevoerd door klinieken, per week gemiddelde van afgelopen 4 weken, 2019-2020]



Bron: NZa-data uit Monitor Toegankelijkheid van Zorg van 30 september 2021, analyse Gupta Strategists

Figuur 25 – Klinieken leveren sinds COVID een groter aandeel van de operaties voor cataract en heupartrose

Bronnen

- 1 RIVM, De gezondheidsgevolgen van uitgestelde gevolgen tijdens de corona-pandemie – Schattingen voor 2020 en 2021, juli 2022
- 2 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Kiezen voor houdbare zorg – Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, september 2021
- 3 Gupta Strategists, In de slijpstream van corona: een secundaire crisis in de zorg, maart 2020
- 4 Gupta Strategists, Uit de wurggreep van corona, mei 2020
- 5 Gupta Strategists, Het koekoeksjong dat COVID heet, mei 2020
- 6 Gupta Strategists, Voorkom de volgende golf, mei 2021
- 7 Gupta Strategists, Uitweg uit de schaarste, mei 2022
- 8 Privé-klinieken en overheid – het fenomeen ‘privé-kliniek’, Medisch Contact nummer 38, 18 september 1992
- 9 Juliana ondergaat staaroperatie in privé-kliniek, Volkskrant, 9 oktober 1996
- 10 Inspectie Gezondheid en Jeugd, Het resultaat telt; particuliere klinieken in getal en praktijk, december 2020
- 11 ‘Patiëntveiligheid in zelfstandige klinieken van hoog niveau’, Nivel, 20 juni 2022
- 12 Nivel en VUmc/EMGO+, Patiëntveiligheid binnen zelfstandige klinieken, 2018
- 13 Zorgkaartnederland.nl
- 14 Open DIS, Open data van de Nederlandse Zorgautoriteit
- 15 NZa, Advies uitbreiding B-segment, april 2008
- 16 Bijvoorbeeld ‘Winstbejag zelfstandige klinieken moet stoppen; VWS en NZa, grijp in!’, Zorgvisie, 14 september 2021
- 17 Samen beter, ZKN governance code 2022
- 18 Kamer van Koophandel
- 19 DigiMV
- 20 Jaarverslagen ziekenhuizen
- 21 Zorginstituut Nederland, Verdringingseffecten binnen het Nederlandse zorgstelsel, 2018
- 22 <https://www.nvvp.net/website/nieuws/2019/maatregelen-nodig-voor-behoud-psychiaters-in-loondienst-in-ggz-instellingen>
- 23 Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2021-2024, 2019
- 24 IGJ-indicatoren, ZKN
- 25 CBS StatLine, Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkring, 1999-2017, 2017
- 26 <https://nos.nl/artikel/2425213-nieuwkomers-van-buiten-eu-verkleinen-versneld-personeelstekort-in-hartzorg>
- 27 VGZ, Good Practice, Optimaal zorgpad bij duimbasisartrose, 2021
- 28 Mutubuki et al. Effectiveness and cost-effectiveness of combination therapy (Mechanical diagnosis & treatment & Transforaminal Epidural Steroid Injections) for patients with an indication for a lumbar herniated disc surgery: A randomized controlled trial, in PhD thesis Low Back Pain: Treatment, Health Effects and Costs, 2021
- 29 <https://www.xperthandtherapie.nl/over-ons/actuele-updates/pulse-database>
- 30 <https://www.handwriststudygroup.org/>
- 31 <https://platformuitkomstgerichtezorg.nl/praktijkvoorbeelden/2043847.aspx>
- 32 Gupta Strategists, No Place Like Home – the Sequel, 2022
- 33 <https://www.dutchhealthhub.nl/artikel/cardiologie-centra-nederland-slaat-internationaal-de-vleugels-uit/>
- 34 <https://www.cardiologiecentra.nl/patient/meer-zorg/hartwacht/>
- 35 <https://www.skipr.nl/nieuws/digitale-cardioloog-halveert-zorggebruik-hartpatient/>
- 36 Pronk et al. Effectiveness of a Mobile eHealth App in Guiding Patients in Pain Control and Opiate Use After Total Knee Replacement: Randomized Controlled Trial, JMIR mHealth and uHealth, 2020
- 37 <https://www.bergmanclinics.nl/nieuws/1004/bergman-clinics-zet-mooie-stap-in-digitale-zorg-client-kan-merendeel-eerste-afspraken-zelf-plannen>
- 38 M. Philippa e.a., Etymologisch Woordenboek van het Nederlands, Amsterdam, 2003-2009
- 39 Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005, 29 800 XVI, 20 oktober 2004