



Waardecreatie en waardeverdeling in het Nederlandse gezondheidsecosysteem

Een verkenning van geldstromen en
verdienmodellen voor de toekomst

December 2020

Introductie

In het artikel [De gezondheids\(zorg\)toekomst van Nederland](#) hebben we vijf grote verschuivingen besproken die het Nederlandse gezondheidsecosysteem van de toekomst zullen vormgeven. Deze vijf verschuivingen hebben het potentieel om veel waarde voor de Nederlandse burger te creëren: we kunnen gezonde levensjaren winnen tegen lagere kosten. De verschuivingen zouden gedreven moeten worden door innovaties van partijen die nu al actief zijn in de zorg en van nieuwe spelers binnen het gezondheidsecosysteem. In ruil voor de waarde die zij hiermee voor de Nederlandse burger creëren zou er ook waarde voor hen te verdelen moeten zijn. Toch lijkt de realiteit meer weerbarstig.

Voor de huidige zorgecosysteempartijen is waardecreatie soms een ongrijpbaar fenomeen. Initiatieven die lokaal goed werken worden vaak niet voldoende opgeschaald. Initiatieven die op grotere schaal beginnen stranden juist in te veel complexiteit. Naast de uitdagingen rondom schaal versus complexiteit hebben deze partijen ook te maken met verkeerde prikkels in ons systeem. De partij die een cruciale rol heeft in het creëren van toegevoegde waarde gaat er in ons systeem soms zelf op achteruit.

Voor de nieuwe spelers in de gezondheidszorg kan ons huidige zorgecosysteem overkomen als een ingewikkeld labirint. Een plek met veel stakeholders, gevestigde belangen en een onvolledige marktwerking. Deze bedrijven komen uit ecosystemen met marktwerking waar “waardecreatie voor een eindklant” leidt tot “Return on Investment” in de vorm van een groter aandeel in de “profit pool”. Voor hen lijkt de zorg vaak een plek waar een andere taal gesproken wordt en een andere logica geldt.

Hoe kunnen we de potentiële waarde van het gezondheidsecosysteem van de toekomst ontsluiten?

In dit artikel gaan we eerst in op het waardepotentieel van de vijf verschuivingen en de uitdagingen voor realisatie. Vervolgens geven we, om de bijzondere dynamieken van ons huidige zorgecosysteem bloot te leggen, een perspectief van buiten de zorg. Op basis van onze kennis en ervaring van andere ecosystemen bieden we een overzicht van typische ecosysteem marktwerkingdynamieken rondom waardecreatie en waardeverdeling.

Dit gebruiken we voor een omschrijving van de huidige geldstromen in de zorg: wie betaalt wie wat waarvoor? Deze inzichten vertalen we naar vijf fundamentele systeemdiscussies die naar onze mening meegenomen moeten worden in het debat over [de gezondheids\(zorg\)toekomst van Nederland](#). We sluiten dit gedachte-experiment af met een concrete suggestie voor een stappenplan voor waardecreatie in het gezondheidsecosysteem van de toekomst.

Inhoud

- 1. Het gezondheidsecosysteem van de toekomst: waardepotentieel en uitdagingen voor realisatie**
 - a. Waardepotentieel: een stijging van 74 miljard euro zorgkosten grotendeels voorkomen
 - b. Uitdagingen: wie profiteert er van gezondheidsinnovaties?
- 2. Waardecreatie en waardeverdeling in ecosystemen: vijf randvoorwaarden voor succes**
 - a. Waardecreatie voor de eindklant
 - b. Bereidheid van de eindklant om hiervoor te betalen
 - c. Return on Investment voor de innovator door het juiste verdienmodel
 - d. Netto positieve waarde voor de overige benodigde ecosysteempartijen
 - e. Een effectieve ecosysteemcoalitie met de juiste balans tussen schaal en complexiteit
- 3. Het huidige Nederlandse zorgecosysteem: wie betaalt wie wat waarvoor?**
 - a. Wie is de “eindklant”?
 - b. Waarvoor betalen we?
 - c. Aan wie betalen we?
 - d. Geldstromen en “profit pools”
- 4. Waardecreatie en waardeverdeling in het gezondheidsecosysteem: vijf systeemdificussies**
 - a. Welke doelgroepen hebben de meeste potentie voor waardecreatie, en hoe meten we dat?
 - b. Wie is bereid wat te betalen voor verschillende soorten waardecreatie?
 - c. ‘Return on investment’ voor de partij die innovatie drijft
 - d. Hoe zorgen we voor de juiste prikkels in het systeem voor waardecreatiecoalities?
 - e. Hoe zorgen we voor de juiste balans tussen schaal en complexiteit?
- 5. Een concreet stappenplan voor waardecreatie: vijf stappen die individuele gezondheid ecosysteempartijen nu al kunnen nemen**

Auteurs

Overzicht geraadpleegde bronnen

1. Het gezondheidsecosysteem van de toekomst: waardepotentieel en uitdagingen voor realisatie

Waardepotentieel: een stijging van 74 miljard euro zorgkosten grotendeels voorkomen

We besteden op dit moment in Nederland ongeveer 100 miljard euro per jaar aan de zorg, oftewel bijna 6.000 euro per inwoner per jaar (CBS, 2018). Volgens het RIVM en andere bronnen groeit dit, als we op deze manier doorgaan, richting 174 miljard euro in 2040, oftewel ruim 16 procent van het (2040) BBP. Naast de financiële druk zal ook de druk op het beschikbare personeel nóg verder toenemen. Volgens de voorspellingen van het RIVM zal in 2040 ongeveer een kwart van de Nederlandse beroepsbevolking in de zorg moeten werken, terwijl er nu al een chronisch tekort aan geschoolde medewerkers voor de zorg is. Los van de uitdagingen qua kosten en werving van personeel zijn er in de zorg verbeteringen mogelijk in kwaliteit en in de “gebruikerservaring” van patiënten.

In ons artikel [De gezondheids\(zorg\)toekomst van Nederland](#) hebben we bovenstaande samengevat met de vaststelling dat we de zorg kunnen (technologische vooruitgang), willen (kwaliteit & gebruikerservaring) en moeten (onhoudbare kostenstijging en druk op personeel) verbeteren.

Deze verbetering zal gedreven worden door vijf partijen in het gezondheidsecosysteem:

- Bestaande zorgaanbieders: o.a. ziekenhuizen, langdurige zorg, GGZ, eerste lijn
- Hun leveranciers: o.a. de farmaceutische industrie, MedTech en zorg IT
- Betalers: zorgverzekeraars, de overheid, maar ook banken en private financiers
- Regelgevende instanties: o.a. VWS, Zorginstituut, NZa
- Nieuwe spelers in de gezondheidszorg, vanuit bijv. technologie en retail

Wat is de waarde die deze partijen collectief kunnen creëren voor de Nederlandse burger? De huidige uitgaven van 100 miljard euro bestaan vooral uit kosten voor zorg, in de vorm van diagnostiek, interventies, verpleging, verzorging, medicatie en huisvesting. De stijging van 74 miljard euro in de komende 20 jaar heeft betrekking op deze zorgkosten. Deze wordt voor ongeveer één derde gedreven door vergrijzing en voor twee derde door technologische innovaties (bijv. op het gebied van geneesmiddelen, diagnostiek en nieuwe chirurgische interventies). In de huidige (RIVM) voorspellingen leidt technologie dus tot meer en betere behandelingen, maar ook tot veel hogere kosten.

De uitdaging voor het gezondheidssysteem van de toekomst is dan ook vooral om die stijging van 74 miljard euro (grotendeels) te voorkomen. Dat kan door (ook) te investeren in een ander soort innovaties die gezondheid bevorderen en zorg voorkomen – inclusief de daarbij behorende verdienmodellen. Deze innovaties zijn onderdeel van de in het vorige artikel besproken verschuivingen “van zorg naar gezondheid”, “virtual health” en “[datagedreven gepersonaliseerde interventies](#)”. Dat leidt tot preventie van (progressie van) chronische aandoeningen, betere behandeling van aandoeningen, meer passende en zinnige zorg en zorg op de juiste plek – met voorrang voor digitale toepassingen. Wij bedoelen hiermee niet dat door deze innovaties alle nieuwe kosten, deels gedreven door vergrijzing, voorkomen kunnen worden. Het gaat om het per saldo grotendeels voorkomen van een stijging van 74 miljard euro, juist ook door de huidige 100 miljard aan zorg uitgaven nog doelmatiger in te zetten.

Naast het voorkomen van de zorgkostenstijging zal dit ook moeten leiden tot meer welzijn en een hogere arbeidsproductiviteit. De rol die werkgevers in dit verband hebben is naar onze mening onderbelicht, zowel in de kosten die zij voor hun rekening nemen in termen van verzuim als in de impact die zij kunnen en in toenemende mate willen maken.

De te besparen 74 miljard euro (t.o.v. het “business as usual” scenario) noemen we het ‘welzijnsdividend’. Dit kan verdeeld worden tussen de Nederlandse burger (die meer koopkracht overhoudt voor andere zaken), de overheid (die meer budget heeft voor andere maatschappelijke vraagstukken) en de partijen die deze gezondheidsoplossingen aanbieden.

De waarde voor de Nederlandse burger is duidelijk. In plaats van een toekomst waarin uiteindelijk 16 procent van ons inkomen direct en indirect gaat naar de collectieve zorgbehoeften, hebben we aanzienlijk minder kostenstijging en blijven we langer gezond.

Maar hoe zit dat met de partijen in de zorgsector die deze gezondheidsoplossingen bieden? In theorie kunnen deze partijen een deel van die waarde verdelen. Een deel van de 74 miljard euro die we niet gaan uitgeven aan additionele zorgkosten kan dus wel besteed worden aan oplossingen rondom gezondheid, op basis van nieuwe verdienmodellen. Daarnaast zal een deel van de huidige 100 miljard euro anders besteed worden, bijvoorbeeld van fysieke infrastructuur naar digitale infrastructuur en van investeringen in arbeid naar investeringen in technologie. In deze verschuiving ontstaan grote kansen voor nieuwe toetreders, maar ook bedreigingen voor bestaande spelers.

We zien deze dynamiek in andere landen reeds plaatsvinden. De VS is hierbij een typisch voorbeeld, waar techbedrijven als Apple, Google en Amazon zich meer richten op de gezondheidsmarkt, evenals retailbedrijven als Wal-Mart en CVS. In hoeverre gaan we die ontwikkelingen ook in Nederland zien? Hier zullen we in onderdeel vier dieper op in gaan.

Uitdagingen: wie profiteert er van gezondheidsinnovaties?

Zoals wij in het vorige artikel al hebben vermeld: ook al ‘kunnen, willen en moeten’ we iets als ecosysteem, dan betekent het niet dat alle actoren in dat systeem dat ook doen.

Een van de grootste uitdagingen vormen de financiële prikkels in het systeem. Die prikkels leiden ertoe dat sommige partijen de benodigde veranderingen niet willen uitvoeren, omdat voor hen de nadelen groter lijken dan de voordelen. Hebben bestaande zorgaanbieders baat bij investeringen in preventie, of leidt dat slechts tot omzet- en winstverlies? Ook als winstmaximalisatie niet het doel is, is er een bepaald resultaat nodig om een duurzame bedrijfsvoering te kunnen garanderen. De stimuli van de overheid en verzekeraars liggen vaak nog verticaal gepositioneerd (binnen de eigen instelling of zorg-silo) terwijl een horizontaal model (dat meer ketensamenwerking en preventie stimuleert) meer bij deze fase zou passen.

Voor nieuwe toetreders en investeerders is de vraag in hoeverre zij rendement kunnen maken op hun investeringen in innovaties die leiden tot meer gezondheid. De logica in hun huidige markten is dat zij risicodragend kapitaal investeren in zaken die waarde toevoegen voor de eindklant in het systeem, en dan in ruil voor die waarde een deel van de geldstroom krijgen, die ze deels kunnen omzetten in winst voor hun aandeelhouders. Maar: wie is dan die “eindklant” in de gezondheidszorg? En is die “eindklant”, en de betalers die hij mandateert (bijv. zorgverzekeraars), wel echt bereid te betalen voor de extra kwaliteit en gebruikerservaring die zij kunnen bieden? Zijn er goede verdienmodellen voor “gezond blijven” versus ziekte behandelen? En is er een beperking op de winst die hierop gemaakt mag worden?

Met het voorgaande willen wij overigens geenszins suggereren dat een patiënt een klant is, maar hanteren we omwille van het gedachte-experiment ook termen uit andere sectoren. Daarnaast verwacht een patiënt in andere sectoren wel soortgelijke processen in de rol als consument.

Het kan een bewuste keuze zijn om dergelijke nieuwe toetreders en private investeerders buiten de deur te willen houden, omdat er in de zorg geen plek is voor spelers met een winstoogmerk. Dit sluit echter niet aan bij de huidige realiteit. Er worden momenteel al significante winsten gemaakt in de zorg, alleen niet bij de zorgaanbieders maar bij hun leveranciers, bijv. farmaceutische bedrijven, medische technologie en zorg IT.

Daarnaast betekent het wegnemen van een prikkel voor private innovatie dat er een meer actieve sturing moet komen op publieke innovatie, en publieke investeringen in een betere “gezondheidsinfrastructuur”. Mogelijk is het antwoord dat er op sommige plekken wel behoefte is aan private innovatie en infrastructuur, en op andere niet. Dit meer helder uitwerken geeft veel richting aan de verschillende partijen in het gezondheidsecosysteem.

We hebben, kort gezegd, een uitdaging rondom waardecreatie en waardeverdeling in de zorg. De waardecreatie is niet altijd helder: wat levert een bepaalde verbetering concreet op voor welke doelgroep, versus de bestaande alternatieven? Met betrekking tot waardeverdeling lijken de prikkels in het systeem de innovatie op de juiste plekken door de juiste partijen niet altijd te stimuleren.

2. Waardecreatie en waardeverdeling in ecosystemen: vijf randvoorwaarden voor succes

In dit onderdeel van het artikel willen we de belangrijkste kenmerken van een (niet-zorg) ecosysteem met marktwerking beschrijven, gevolgd door vijf randvoorwaarden voor succesvolle waardecreatie en waardeverdeling in een dergelijk ecosysteem.

Een ecosysteem met marktwerking bestaat essentieel uit vier elementen:

1. Ieder ecosysteem start met een eindklant met bepaalde behoeften, en de bereidheid en mogelijkheid te betalen voor het vervullen van die behoeften
2. Aan die behoeften wordt voldaan door producten en diensten
3. Deze worden geleverd door een ecosysteem aan partijen in verschillende stappen vanaf de eindklant (bijv. “distributeur”, “producent”, “leveranciers van ruwe materialen”)
4. In ruil daarvoor ontvangt dit ecosysteem een geldstroom vanuit de klant, in de vorm van het volume dat zij (als groep) afnemen maal de prijs die zij hiervoor betalen
 - Die geldstroom vormt de totale omzet voor het ecosysteem, die we op totaal ecosysteem niveau kunnen verdelen in lonen (vergoeding voor arbeid) en winst (vergoeding kapitaal), oftewel de “profit pool”
 - In “private” ecosystemen met sterke marktwerking is deze profit pool een van de grootste drijvers van innovatie en disruptie. Dit is ook wat nieuwe toetreders aantrekt.

We zullen die vier elementen gebruiken om de geldstromen in het huidige zorgecosysteem beter te duiden. Vervolgens zullen we de vijf hieronder beschreven randvoorwaarden voor waardecreatie gebruiken om de dynamieken in het gezondheidsecosysteem aan te toetsen.

Waardecreatie voor de eindklant

De eerste randvoorwaarde voor succesvolle waardecreatie in een ecosysteem is waardecreatie voor de eindklant. In een stabiele situatie vervult het ecosysteem de klantbehoeften met een bepaalde kwaliteit en gebruikerservaring, tegen bepaalde kosten. Waardecreatie voor de eindklant vindt plaats als de kwaliteit en gebruikerservaring omhoog gaan (relatief meer dan de prijs) of als de prijs omlaag gaat (bij gelijkblijvende of in ieder geval relatief mindere dalende kwaliteit)

Het is dus van belang om helder te hebben wie de exacte doelgroep is, wat hun behoeften zijn, en in hoeverre die behoeften beter vervuld kunnen worden door vernieuwingen in producten en diensten versus de bestaande oplossingen.

Bereidheid van de eindklant om hiervoor te betalen

De waardecreatie voor de eindklant is het resultaat van een innovatie van een of meerdere ecosysteempartijen. Dat kan een bestaande partij zijn of een nieuwe toetreders. Om deze verbeteringen te realiseren moeten ecosysteemspelers resources investeren (tijd, geld, bestuurlijke aandacht) en risico nemen. Deze resources worden gealloceerd van de bestaande producten en diensten naar de nieuwe verbeterde varianten. Ecosysteemspelers hebben een prikkel voor deze resource allocatie als de klant bereid is te betalen voor deze verbetering.

Deze bereidheid te betalen ziet er anders uit voor een kwaliteitsverbetering dan voor een doelmatigheidsverbetering. Een kwaliteitsverbetering (die niet gekoppeld is aan een doelmatigheidsverbetering) zou beloond moeten worden door een hogere geldstroom richting het ecosysteem. Dat kan door meer volume,

doordat het product meer klanten aanspreekt, of door een hogere prijs, omdat de klant bereid is (meer) te betalen voor het nieuwe product.

De andere vorm van waardecreatie voor de eindklant is een prijsdaling, doordat een ecosysteempartij in staat is een product of dienst dat gelijkwaardig de behoeften vervuld tegen lagere kosten te leveren. Dit zou bijvoorbeeld een nieuwe toetreders kunnen zijn met een digitaal model met veel lagere kosten. Hierbij zit de “bereidheid te betalen” van de eindklant in dat de aanbieder een deel van de doelmatigheidsbesparing niet hoeft door te geven aan de klant (dus slechts een deel van de doelmatigheid verbetering vertaald naar een lagere prijs) maar zelf kan houden. Dit leidt dan tot een lagere ecosysteem omzet maar met een hogere “profit pool”.

Return on Investment voor de innovator door het juiste verdienmodel

Als er is voldaan aan de eerste twee randvoorwaarden, is er sprake van een relevante waardecreatie voor de eindklant waar die eindklant bereid is voor te betalen. Dan komt er dus een additionele geldstroom (of grotere profit pool door niet volledig doorgegeven doelmatigheid) richting het ecosysteem dat die verbeterde (of goedkopere) producten en diensten tot stand brengt.

Het is in een systeem met marktwerking belangrijk dat de partij die de primaire drijver is van de verbetering (de “Innovator”) een significant deel van die additionele geldstroom of profit pool mag houden, als rendement op de geïnvesteerde resources en het gelopen risico. Indien dit niet gebeurt, bijvoorbeeld doordat een andere partij in de keten deze geldstroom “opslokt”, is er geen prikkel voor innovatie op de plekken waar die innovatie moet gebeuren.

De plek in het ecosysteem waar de profit pools heen vloeien is dus over het algemeen de plek waar de meeste prikkel is voor innovatie. Ook als winst(maximalisatie) niet het einddoel is, worden door de innoverende partij namelijk wel resources gealloceerd voor deze verbetering en er wordt risico gelopen. Als dit niet beloond wordt is er sprake van waardevernietiging voor die partij en dus een negatieve prikkel voor verandering.

Netto positieve waarde voor de overige benodigde ecosysteempartijen

De “Innovator” is echter niet de enige partij die een positieve prikkel moet hebben voor innovatie. Voor veel verbeteringen is de medewerking nodig van meerdere ecosysteempartijen. Om dit te illustreren met een voorbeeld: een producent voert een productverbetering door, maar de distributeur moet ook processen veranderen of vaardigheden aanleren om dit te verkopen, en hier dus eveneens kosten voor maken en resources voor investeren. In dat geval verwacht de distributeur ook te profiteren, of in ieder geval gecompenseerd te worden voor die aanpassingen. Dit is een voorbeeld tussen schakels in de keten. Een voorbeeld binnen een schakel is als één aanbieder zelf niet genoeg schaal heeft om een bepaalde verbetering door te voeren, en samenwerking met meerdere andere aanbieders nodig heeft om dit succesvol te maken.

Het is dus belangrijk te begrijpen welke partijen noodzakelijk zijn als ecosysteepartner, wat hun kosten en opbrengsten zijn bij deze verbetering, en hoe dit positief te maken. Ook negatieve prikkels zijn hierbij belangrijk: er moeten ook kosten zijn voor ‘niet meedoen’. Oftewel: partijen die niet innoveren moeten kunnen verliezen (bijv. doordat zij volume kwijtraken omdat klanten kiezen voor de betere producten en diensten van aanbieders die wel innoveren).

Een effectieve ecosysteemcoalitie met de juiste balans tussen schaal en complexiteit

De laatste randvoorwaarde is de juiste balans tussen schaal en complexiteit bij samenwerking tussen ecosysteepartners. Samenwerken op de juiste schaal biedt grote voordelen, zoals het spreiden van investeringen over meerdere partijen om daarmee meer impact te kunnen maken. Samenwerking kan ook nadelen hebben: het zorgt vaak voor meer complexiteit, meer afstemming en tragere besluitvorming. De voordelen van de

samenwerking moeten voor de betrokken partijen helder genoeg zijn om de nadelen (en algemene weerstand tegen verandering) te compenseren.

Het is kortom van groot belang een gelijkgerichte coalitie samen te stellen, met een gezamenlijke focus (doelgroep), een gedeeld beeld van de mogelijke waardecreatie, individuele kansen op een positieve return on investment en een goede governance.

3. Het huidige Nederlandse zorgecosysteem: wie betaalt wie wat waarvoor?

In dit gedeelte beschrijven we het huidige Nederlandse zorg ecosysteem op basis van de vier elementen die we zojuist hebben geïntroduceerd: de “eindklant” en zijn behoeften, de producten en diensten waar hij voor betaalt, het ecosysteem dat dit levert, en de resulterende geldstromen. Of, in andere woorden: wie betaalt wie wat waarvoor?

Wie is de “eindklant”?

Het vaststellen van de “eindklant” in het Nederlandse gezondheidsecosysteem is een ingewikkelde zaak. Is dit de patiënt, die behoefte heeft aan de behandeling van zijn aandoening? Of is het de Nederlandse burger, met een bredere behoefte aan gezondheid? In het Nederlandse gezondheidsecosysteem is de “gebruiker-” en “betaler-” rol gesplitst, en de betalerrol is verdeeld in de “eindbetaler” (de Nederlandse burger) en de “collectieve betaler” (o.a. de zorgverzekeraar).

Er is allereerst de “gebruiker”. De eerder genoemde 100 miljard euro wordt besteed aan zorg die geleverd wordt in ziekenhuizen, in de langdurige zorg, door de eerste lijn, aan medicatie en medische hulpmiddelen, etc. In dit bedrag is bijvoorbeeld niet de markt voor gezonde voeding, beweging, schone lucht, verkeersveiligheid en andere vormen van welzijn opgenomen. De gebruiker van deze zorg is dus de patiënt, en de behoefte die voor deze 100 miljard euro wordt vervuld is de behoefte aan zorg gerelateerde zaken die te maken hebben met zijn of haar aandoening.

De patiënt betaalt echter niet zelf voor zijn “zorgbehoeften”. Deze betalingen worden voor het merendeel gedaan door “collectieve betalers”, zoals de zorgverzekeraars. Van de 100 miljard euro zorgkosten wordt ongeveer 45 procent betaald vanuit de zorgverzekeringswet, 20 procent via de wet langdurige zorg en 20 procent via de overheid. De eigen betalingen zijn slechts 11 procent (grotendeels eigen bijdrage) en 4 procent via de aanvullende verzekering. Die eigen betalingen verlopen ook grotendeels via de zorgverzekeraars (in de vorm van eigen bijdrage).

Het geld dat wij in de zorg besteden komt bij deze collectieve betalers via de zorgverzekeringspremie, belastingen en werkgeverbijdragen. Uiteindelijk komen al deze bedragen, direct en indirect, dus bij iedere Nederlandse burger vandaan. Dit is dus de “eindbetaler”.

In onze analogie met niet-zorgmarkten waarbij de eindklant degene is die betaalt voor vervulling van zijn behoeften, is de eindklant in het Nederlandse zorgecosysteem dus niet de patiënt maar de Nederlandse burger, die via verschillende wegen betaalt voor de collectieve zorgbehoefte. Deels doet hij dat als bijdrage aan zijn eigen gezondheidsrisico en deels als onderdeel van zijn/haar maatschappelijke verantwoordelijkheid. Hiermee is ook een van de grote complicaties van waardecreatie in de zorg inzichtelijk, namelijk de rol van de betaler als balansbewaker tussen kwaliteit voor de patiënt (gebruiker) en kosten voor de burger (betaler).

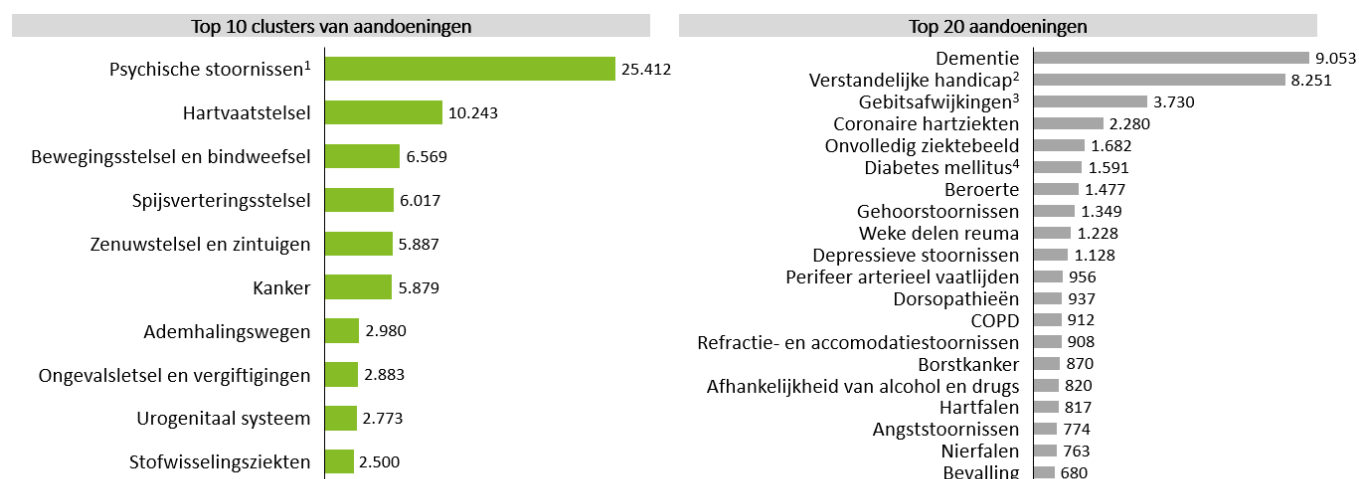
Voor het beter vervullen van de behoefte van een patiënt, de gebruiker, in de vorm van extra kwaliteit, is de patiënt misschien zelf bereid (maar wellicht niet in staat) een aanzienlijk bedrag te betalen. Maar de betaler bewaakt niet alleen de belangen van de patiënt, maar van alle betalende burgers die een keuze moeten maken welke van hun schaarse middelen ze ter beschikking stellen voor verbeteringen voor specifieke patiëntgroepen.

Waarvoor betalen we?

Waarvoor we betalen kan op meerdere manieren beschreven worden. We kunnen het verdelen in aandoeningen, maar ook in patiëntpopulaties die meerdere aandoeningen kunnen hebben. We kunnen het verdelen in de verschillende activiteiten in de zorg, zoals diagnostiek (consulten, beeldvorming, lab), interventies, verpleging en verzorging, huisvesting, medicatie en medische hulpmiddelen, maar ook in de uitkomsten van deze activiteiten.

In de huidige betalingssystematiek betalen we vooral voor een matrix van aandoeningen en de activiteiten die horen bij die aandoening. De top-40 aandoeningen tellen op tot ruim 50 procent van de totale zorgkosten in Nederland. De aandoeningen met de hoogste kosten zijn dementie (ca. 9 miljard euro) en verstandelijke handicap (ca. 8 miljard euro). Grote clusters van aandoeningen zijn verder hart-en vaatziekten (circa 10 miljard euro waarvan coronaire hartziekten en beroerte de hoogste kosten hebben), psychische aandoeningen (ca. 7 miljard euro) en kanker (ca. 6 miljard euro). Daarnaast drijven chronische ziekten zoals diabetes, COPD, reuma en rugklachten een groot deel van onze zorg uitgaven.

Figuur 1. Aandoeningen met hoogste zorgkosten in Nederland (x € mln.)

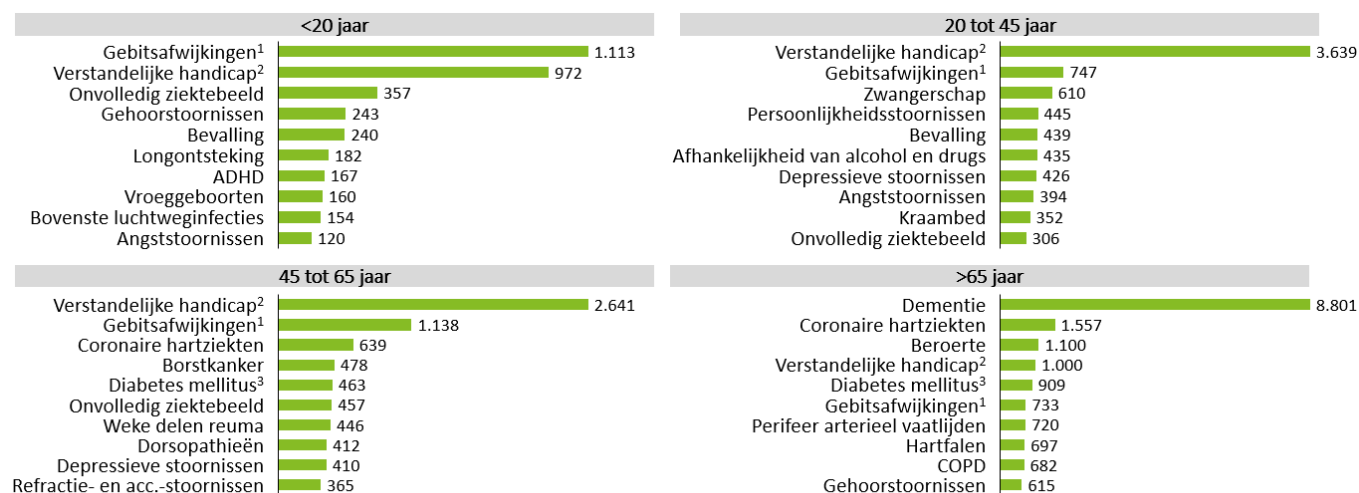


Bron: CBS, 2017

Noot: 1. Dementie, verstandelijke handicap 2. Incl. Syndroom van Down 3. Incl. Tandeloosheid 4. Incl. Complicaties

Als we per leeftijdsgroep kijken, zien we dat van onze totale jaarlijkse zorgkosten circa 40 miljard euro wordt gedreven door de groep van 65 jaar en ouder. Dat komt neer op 12.000 euro per persoon per jaar (versus ongeveer 4.000 euro voor de populatie onder 65 jaar). De groep van 65 jaar en ouder heeft gemiddeld driemaal hogere zorgkosten dan de populatie onder de 65 jaar. De echte piek hierbij zit bij de tachtigplussers. Deze groep heeft gemiddeld meer dan 20.000 euro per persoon per jaar aan zorgkosten. Voor deze populatie ligt veruit de grootste zorgbehoefte rondom dementie, gevolgd door coronair, herseninfarct, diabetes en COPD. In de toekomst zal deze demografische groep hard groeien en dit zijn dan ook de aandoeningen waar een grote stijging in valt te verwachten.

Figuur 2. Top 10 aandoeningen qua zorgkosten in Nederland – per leeftijdscategorie (x € mln.)



Bron: CBS, 2017

Noot: 1. Incl. Tandeloosheid 2. Incl. Syndroom van Down 3. Incl. complicaties

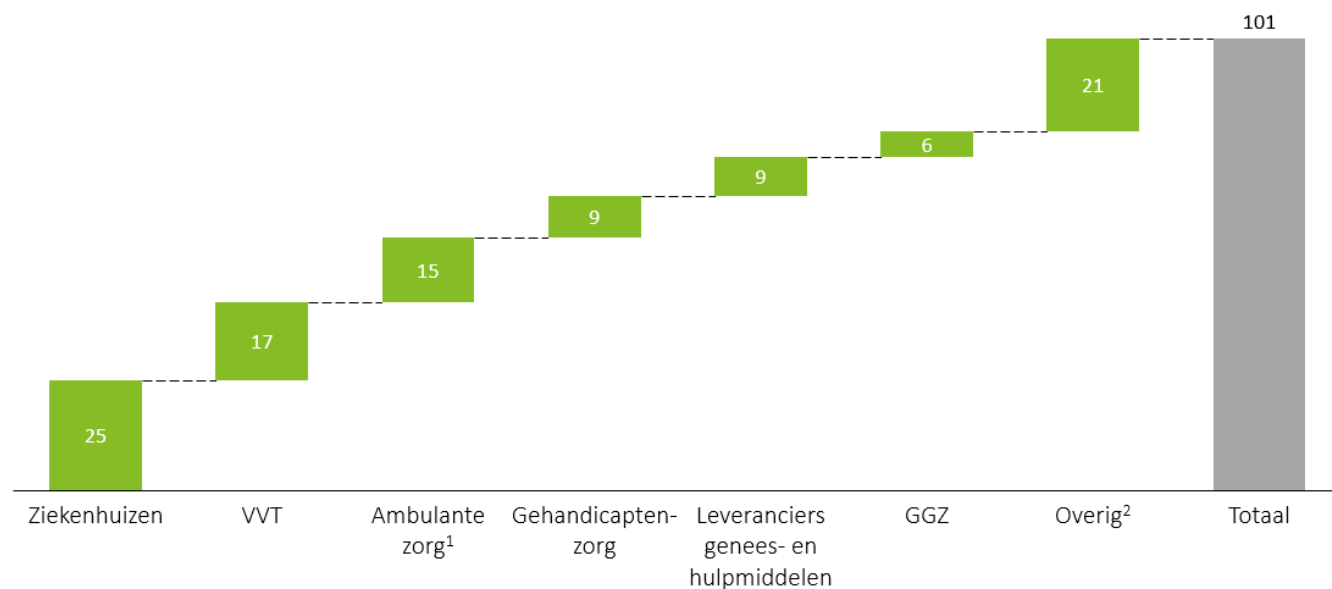
Ook bij de populatie onder de 65 jaar bestaat een significante zorgbehoefte. Hier gaat namelijk nog altijd 60 procent van ons zorgbudget heen. Voor deze volledige populatie zijn mondzorg en verstandelijke handicap de grootste drijvers van zorgkosten. Specifiek bij de populatie 20 tot 45 jaar worden de meeste kosten gemaakt voor mentale aandoeningen (persoonlijkheidsstoornissen, angst, depressie en verslaving) en de combinatie zwangerschap, bevalling en kraambed. Bij de populatie 45 tot 65 jaar is dit vooral coronaire hartziekten, diabetes, borstkanker, rugklachten en depressie.

Aan wie betalen we?

Van de 101 miljard euro die we volgens het CBS (in 2018) besteden aan “zorg & welzijn” gaat veruit het grootste deel naar de geneeskundige en langdurige zorg. Het overige bedrag wordt besteed aan bijvoorbeeld jeugdzorg, kinderopvang en beleid- en beheerorganisaties.

We geven het meeste uit aan de zorg die geleverd wordt door ziekenhuizen, (ca. 25 miljard euro), gevolgd door de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT, ca. 17 miljard euro), gehandicaptenzorg (9 miljard euro) en de GGZ (6 miljard euro). De overige zorgkosten worden besteed aan huisartsen, tandartsen, leveranciers van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen en een aantal kleinere categorieën.

Figuur 3. Verdeling zorguitgaven over zorgaanbieders (x € mln.)



Bron: CBS, 2018

Noot: 1. Met name huisartsen en tandheelkundige praktijken 2. Onder andere jeugdzorg, kinderopvang, beleids- en beheerorganisaties, en preventieve zorg aanbieders (bijv. GGD)

Meer dan 60 procent van deze zorgkosten bestaat uit loonkosten en honoraria. Het overige geld gaat naar leveranciers, bijvoorbeeld van geneesmiddelen, medische technologie, hulpmiddelen en IT. Tot slot zijn er generieke kostenposten als vastgoed, energie en catering, die dus komen van de “niet-zorgspecifieke” leveranciers.

Geldstromen en “profit pools”

Geldstromen in de zorg gaan, in analogie met niet-zorgecosystemen, door de keten Eindklant-Betaler-Aanbieders-Leveranciers. Bij iedere stap kan de geldstroom verdeeld worden in loonkosten, winst (de profit pool), en wat er wordt doorgegeven aan de volgende stap in het ecosysteem. We lopen stap voor stap door de geldstromen en “profit pools” in de zorgketen heen. De getallen in deze paragraaf, met name van de profit pools, zijn indicatief aangezien niet alle details uit openbare informatie te achterhalen zijn. Daarnaast zijn sommige aanbieders in meerdere sectoren actief, en is het niet altijd mogelijk het resultaat uit te splitsen naar specifieke zorgsectoren.

De eerste geldstroom gaat van de burger naar de verzekeraars (de enige niet publieke collectieve betaler). Van de circa 45 miljard euro aan omzet stroomt meer dan 96 procent door naar de zorgaanbieders, minder dan 3 procent zijn de eigen beheerkosten, en minder dan 1 procent is winst (die niet wordt uitgekeerd). Het cumulatieve netto resultaat voor zorgverzekeraars in Nederland is minder dan 500 miljoen euro, en wordt dus ook niet uitgekeerd. Dit zijn reserveringen die zoals nu tijdens de pandemie aangewend worden. De facto lijkt hier voor nieuwe toetreders dus geen profit pool te halen.

Vervolgens gaat de geldstroom naar de aanbieders. De totale profit pool voor aanbieders in de zorg schatten we (op “instelling niveau”) in op ongeveer 1 miljard euro. Op basis van de Deloitte jaarverslagen benchmark van alle zorginstellingen in Nederland met een omzet groter dan 10 miljoen euro kunnen we zien dat:

- Het nettoresultaat van ziekenhuizen in 2019 cumulatief ongeveer 350 miljoen euro was (ca. 1,4 procent gemiddeld)
- Voor de Verzorging, verpleging en thuiszorg (VVT) ongeveer 300 miljoen euro (ca. 1,8 procent)
- Voor de gehandicaptenzorg ongeveer 130 miljoen euro (ca. 1,3 procent)
- Voor de GGZ iets minder dan 100 miljoen euro (ca. 1,2 procent)

De totale profit pool op deze ongeveer 60 miljard euro omzet is dus minder dan 1 miljard euro. Er zijn geen grote uitschieters naar boven. De top 20 procent meest winstgevendende ziekenhuizen hebben een resultaat van ongeveer 3 procent. Dit is wel aanzienlijk hoger dan gemiddeld, maar nog steeds een relatief lage profit pool. Binnen de ZBC's zijn de verschillen groter, maar ook hier zien we slechts bij hoge uitzondering een nettoresultaat van boven de 5 procent. Bovendien is hun aandeel in de totale aanbieder omzet laag.

Dit zijn de ‘nettoresultaat’ profit pools. De EBITDA ligt hoger, bijv. voor ziekenhuizen rond de 10 procent. Dit is dus een EBITDA-pool van rond de 3 miljard euro in de ziekenhuizen. Het verschil gaat vooral naar kapitaalinvesteringen, met name in vastgoed en medische technologie, en komt dus terecht bij de leveranciers van die zaken.

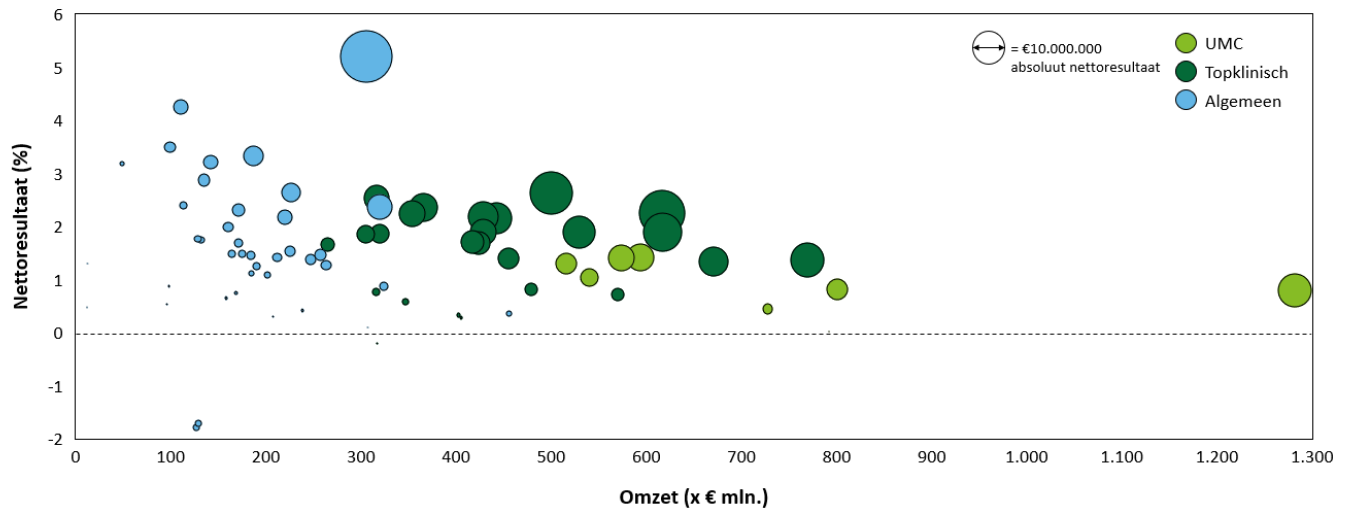
In bovenstaande berekeningen wordt het honorarium van medisch specialisten als loon geteld, en niet als winst. Voor de kleinere aanbieders, huisartsen en tandartsen zijn de profit pools vanwege de beperkte omvang lastig te achterhalen. Ook is het verschil tussen winst en “hoog loon” in deze sectoren enigszins arbitrair. Een eerdere analyse van Gupta op winst in de zorg (2017), waarvan de conclusies goed aansluiten op onze getallen, stelt de winst van deze zorgprofessionals op ongeveer EUR 1 miljard.

De grootste “profit pools” in de zorg zijn te vinden bij de leveranciers. Hier zien we een absolute profit pool van meer dan 3 miljard euro (en relatief ongeveer 10 keer hogere marges dan bij de aanbieders). De profit pool voor de farmaceutische bedrijven is op een markt van circa 6 miljard euro naar schatting ongeveer 1 miljard euro (netto marge ~17,5%). Een vergelijkbare schatting bestaat voor MedTech, die op een markt van ongeveer 5 miljard euro een winst lijken te maken van 0,5-1 miljard euro (10-20 procent marge). De schattingen van de omzet- en winstpercentages in deze markt lopen uiteen. We zien hier overigens een veel grotere variatie in resultaat tussen aanbieders (de fabrikanten). De totale marges van alle leveranciers, inclusief zorg-IT, is lastig vast te stellen. Verdere winst wordt gemaakt door bijv. de aanbieders (vastgoed) en financiers (banken) van de fysieke infrastructuur. Voor het doel van dit artikel is het exacte getal minder relevant dan de conclusie waar relatief de grote profit pools zitten, en die lijkt op basis van deze indicatieve berekening wel duidelijk.

De profit pools zitten dus vooral ‘aan de randen’ van de zorg. Logischerwijs is dat het deel dat de meeste investeringen en innovaties aantrekt. Maar als we willen dat de gezondheidszorg in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar blijft, zal ook het primaire proces drastisch moeten veranderen. Hoe zorgen we ervoor dat investeringen en innovaties bij betalende en aanbieders in de zorgketen plaatsvinden? En als digitale gezondheidsoplossingen een alternatief worden voor de groei van aanbieders in het primaire proces, accepteren

we daarbij dat loon deels wordt vervangen door winst? Deze vragen zullen we verder bespreken in het volgende onderdeel.

Figuur 4. Nederlandse ziekenhuizen: omzet en nettoresultaat (2019)



Bron: DigiMV 2019, Deloitte analyse

Noot: bevat alleen de jaarrekeningen van instellingen met een omzet >€10M over 2019

4. Waardecreatie en waardeverdeling in het gezondheidsecosysteem: vijf systeemdiscussies

Hoe scoort ons huidige zorgecosysteem op deze randvoorwaarden voor succesvolle waardecreatie en welke uitdagingen komen hierbij kijken? Deze toetsing leidt tot vijf systeemdiscussies. Dit zijn discussies die op systeemniveau gevoerd moeten worden, met de overheid (bijvoorbeeld in de vorm van VWS, Zorginstituut en NZa) in een leidende rol. De uitkomsten van deze discussies geven veel meer richting aan het systeem met betrekking tot waardecreatie.

Welke doelgroepen hebben de meeste potentie voor waardecreatie, en hoe meten we dat?

Bij veel discussies over verbeteringen in de zorg wordt de exacte doelgroep niet voldoende helder gedefinieerd. Bijvoorbeeld bij regionale discussies rondom de ‘juiste zorg op de juiste plek’ lijkt de scope vaak te groot en te complex: ‘alle partijen samen aan tafel om alle problemen in de regio’ op te lossen, in plaats van een focus op de waarde voor specifieke patiëntpopulaties, aandoeningen of zorgpaden. Allereerst is al niet duidelijk wat de juiste definitie van een regio is om een bepaald probleem op te pakken. Daarnaast zijn de doelgroepen niet scherp genoeg gedefinieerd. Dit geldt ook voor een onderwerp als preventie van chronische ziekten. De economische waarde (en bereidheid om te betalen) van deze preventie is anders voor bijvoorbeeld een werkende doelgroep van in de veertig versus een oudere doelgroep van boven de zeventig jaar. Het is belangrijk de exacte doelgroep te definiëren, in een combinatie van aandoening met overige karakteristieken, zoals leeftijd en sociaaleconomische score.

Bovendien wordt waarde voor die doelgroep vaak niet voldoende (holistisch) gekwantificeerd. Hoe meten we een verbetering in kwaliteit of gebruikerservaring tot iets waar we voor kunnen betalen? Bij sommige innovaties is dit al een ‘volwassen’ proces, bijvoorbeeld voor nieuwe medicatie met de QALY-methodiek. Bij andere innovaties is hier nog geen goed proces voor. Hoe meten we de waarde van een [nieuw AI-algoritme voor de IC](#) en koppelen we daar de juiste betaling aan? Hetzelfde geldt voor het kwantificeren van besparingen door de hele zorgketen. Hoeveel levert een bepaald zorgpad verbetering op in vergelijking met de bestaande oplossing, met inachtneming van het hele effect door de keten? En hoe nemen we bijvoorbeeld verbeteringen in welzijn of productiviteit mee in deze waarde berekening?

Het zou goed zijn om zowel op nationaal als regionaal niveau te komen tot een top-10 van ‘focusdoelgroepen’ waarbij de meeste waardecreatie mogelijk is. Dit geeft richting aan de innovatie in het zorgsysteem. Die focus kan bepaald worden op basis van twee assen:

1. De grootte van het probleem: de huidige en voor 2040 voorspelde ziektelast en kosten
 - a. Met eventueel als toevoeging: negatieve impact op welzijn en productiviteit
2. De mogelijke impact die innovaties kunnen hebben in het verbeteren van die zaken

Een voor de hand liggend voorbeeld van een focus doelgroep is de huidige 65+ (en dus toekomstige 80+) populatie. De veronderstelde uitgaven groei naar 174 miljard wordt immers voor een groot deel gedreven door de groei van die toekomstige groep van mensen van tachtig jaar en ouder. De waardecreatie zit vooral in het voorkomen, uitstellen, genezen en verzorgen van de belangrijkste aandoeningen van die doelgroep: dementie, coronaire hartziekten, herseninfarct, diabetes en COPD. Deze aandoeningen brengen nu reeds 20 miljard euro in zorgkosten met zich mee en dit zal richting 2040 meer dan verdubbelen, dus hier zit duidelijk veel potentie voor waardecreatie.

Een tweede doelgroep is de populatie van 45 tot 65 jaar met chronische aandoeningen zoals diabetes, coronair en COPD. Deze doelgroep kunnen we specifieker maken door te focussen op de doelgroepen met een lage SES-score. Hier valt vooral veel te winnen door gerichte leefstijlinterventies.

Een derde doelgroep, die makkelijker vergeten wordt, zijn de mensen die in de toekomst deze toegenomen kosten zullen moeten blijven dragen: een steeds kleiner wordende groep werkende mensen tussen de 18 en 65 jaar. Alles dat de productiviteit van deze groep verbetert is van zeer grote waarde voor een toekomstbestendig zorgsysteem. Voor de doelgroep van 20 tot 45 jaar staan mentale problemen (depressie, angst, verslaving, burn-out) dan met stip op één. Alles wat daar gedaan kan worden om de gebruikerservaring en kwaliteit te verbeteren met een hogere productiviteit tot gevolg is van cruciaal belang.

Wie is bereid wat te betalen voor verschillende soorten waardecreatie?

In hoeverre zijn we bereid te betalen voor extra kwaliteit of een betere gebruikerservaring? Is dat gelijk voor iedere aandoening? En voor iedere doelgroep binnen die aandoening? In hoeverre zijn we bereid een doelmatigheidswinst te 'delen' met de partij die de drijvende kracht daarachter is? In hoeverre zijn we bereid te betalen voor gezondheid gerelateerde zaken (zoals productiviteit) die we niet in zorgkosten kunnen uitdrukken? En wie betaalt daarvoor?

Rondom de betalingsbereidheid valt in het gezondheid ecosysteem de verhouding tussen gebruikers en betalers op. Er spelen hier drie versturende dynamieken. De eerste is dat de patiënt slechts beperkt zelf bijdraagt. De daadwerkelijke betalers zijn de grote collectieve betalers, zoals de zorgverzekeraars. De tweede is dat die zorgverzekeraars uiteindelijk niet (alleen) de belangen van die patiënten vertegenwoordigen, maar van al hun betalers: de Nederlandse burgers. Als derde is een vrijwel onzichtbare betaler van verdeckte "zorg"-kosten: verzuim. Hier neemt de werkgever de kosten voor zijn rekening, waar gelet op het bovenstaande een rol voor de werkgever kan liggen op vlak van vroegdiagnostiek, vroege toegang tot en laagdrempelige interventie en daarnaast ruimte bieden aan 'tijdelijke' 'flexibiliteit'.

De interessante dynamiek bij een grote groep die betaalt voor diensten die een kleine groep gebruikt, is dat een eventuele kwaliteitsverbetering vooral ten goede komt aan die kleine groep, terwijl een kostenverbetering ten goede komt aan de grote groep. Dat verklaart deels waardoor er voor verbeteringen in kwaliteit die niet leiden tot minder kosten vaak geen ruimte lijkt te zijn.

Het totale zorgbudget lijkt 'zero sum' te zijn, er kan geen extra geld bij. Initiatieven rondom 'zinnige zorg' en 'passende zorg' moeten die ruimte maken, maar zijn vaak buiten de controle van de innoverende partij. Hierbij is er dus afhankelijkheid van de rest van het systeem onder regie van de betaler. Om als innovator waardecreatie op kwaliteit te kunnen doen lijkt een bijgaande doelmatigheidsverbetering cruciaal voor 'funding the journey'. Echter: ook de bereidheid van betalers om een deel van deze doelmatigheidsverbetering terug te geven aan de drijvende partij lijkt soms beperkt. Welke verdeelsleutel zouden we hiervoor aan moeten houden?

Een interessante discussie is dat de waarde van een bepaalde interventie per doelgroep verschilt. Iedereen heeft recht op goede medische zorg. Maar als het gaat om bijvoorbeeld de waarde van snel herstel (terug aan het werk), of de productiviteitswinst door virtual health in plaats van onnodige logistiek voor patiënten, wordt productiviteitswinst als waardevoller gezien. De vraag is of de huidige betalers, bijvoorbeeld zorgverzekeraars, die de Nederlandse burger vertegenwoordigen, dat ook zo zien of zich op dat vlak willen differentiëren.

Mogelijk gaan we naar een meer divers model qua betalers en geldstromen, waar de zorgverzekeraars zich concentreren op een bepaalde basiskwaliteit, de werkgevers voor bepaalde populaties additioneel investeren in productiviteit en patiënten zelf meer betalen voor een betere gebruikerservaring.

'Return on investment' voor de partij die innovatie drijft

Is de bereidheid om te betalen voor een innovatie in de zorg gelijk voor een non-profit versus een for-profit partij? Met andere woorden: als een private partij in staat is om een oplossing aan te bieden die een betere kwaliteit heeft tegen lagere kosten dan de publieke partij, mag die partij daar dan (hoge) winst op maken?

Als het gaat om 'return on investment' is het allereerst van belang dit concept niet te verwarren met winstmaximalisatie. Zoals we eerder hebben vermeld: Ook als winst(-maximalisatie) niet het einddoel is, worden door de innoverende partij wel resources (tijd, geld, bestuurlijke aandacht) gealloceerd voor deze verbetering en wordt er risico gelopen. Dat betekent dat we voor bestaande aanbieders zoals ziekenhuizen moeten zorgen dat initiatieven rondom passende of zinnige zorg niet leiden tot financiële problemen, omdat de omzet sneller daalt dan de kosten. Er moet in ieder geval een transitieplan zijn om die overgang te begeleiden, goede initiatieven te belonen of ten minste negatieve prikkels weg te halen. Bij voorkeur zouden de overheid en verzekeraars prikkels in moeten bouwen die horizontaal (op het ecosysteem) stimuleren in plaats van verticaal (op de instelling/silo).

De discussie over winst en profit pools leidt tot de vraag: wat voor soort innovatie en innovators willen we? Voor de zogeheten nieuwe toetreders vanuit andere sectoren: zijn we bereid deze nieuwe aanbieders die vaak technologie inbrengen als vervanging van arbeid te belonen met winst in plaats van loon?

Hier is de vergelijking tussen Nederland en de Verenigde Staten interessant. De VS zijn bepaald geen voorbeeld qua kwaliteit of kosten van het gezondheidssysteem, maar de innovatievoorbeelden die we aanhalen komen daar wel vaak vandaan. Een vergelijking in getallen kan hier meer inzicht in geven:

- Zorgkosten VS per inwoner: ca. 11.000 dollar (bijna twee keer meer dan Nederland)
- Profit pool VS (Bain 2019 inschatting): 477 miljard dollar, met (net als in Nederland) grote profit pools in Farma (125 miljard dollar) en MedTech (52 miljard dollar), maar ook bij aanbieders (180 miljard dollar) en betalers (86 miljard dollar)
- VS profit pool per inwoner is dus 1500 dollar, versus 300-400 euro per inwoner in Nederland

In de VS is de profit pool absoluut bijna 100 keer zo groot, maar ook relatief zo'n vier tot vijf keer groter per inwoner. Dit trekt dus meer innovatie aan van grote bedrijven en het verklaart waarom daar zoveel investeringen zijn in gezondheid door partijen uit andere industrieën.

Mogelijk moet er een onderscheid gemaakt worden in publieke en private infrastructuurinvesteringen. Bij die eerste moet de overheid een leidende rol nemen en is er geen rol voor private aanbieders (tenzij via overheidsfinanciering/ subsidie inclusief een vooraf afgesproken ROI). Bij de laatste is er wel ruimte voor private aanbieders en moeten we de markt zijn werk laten doen, en is dus hoge winsten maken voor meer waarde voor de eindklant mogelijk.

Welke keuze we ook maken: het is belangrijk consistent te zijn, en duidelijk te maken aan mogelijke nieuwe toetreders waar zij welkom zijn om op basis van een commercieel model waarde toe te voegen.

Hoe zorgen we voor de juiste prikkels in het systeem voor waardecreatiecoalities?

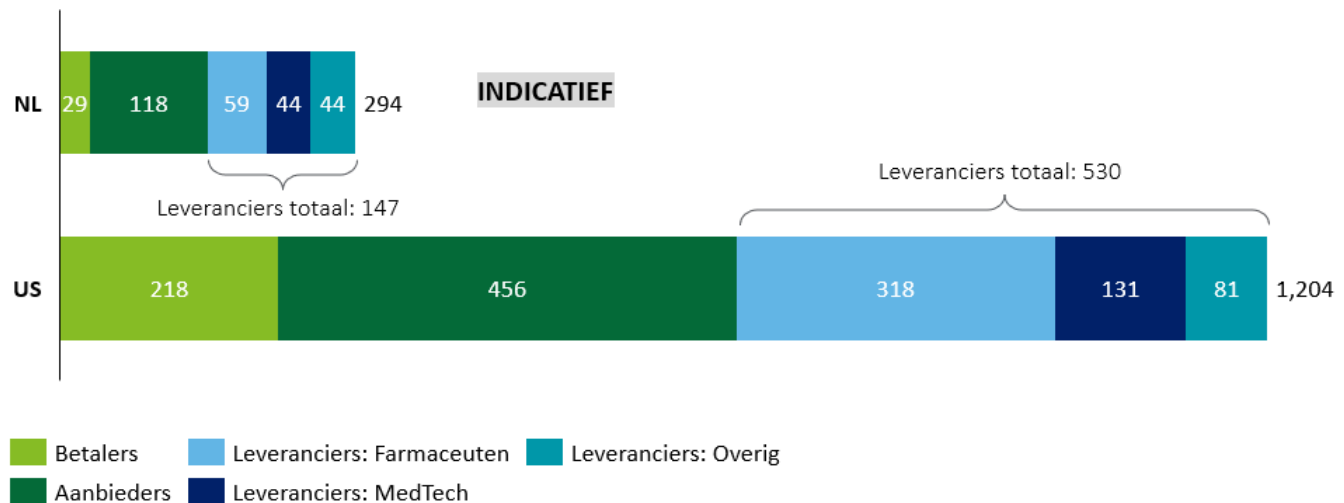
De eerste vraag is hier: welke partijen zijn echt nodig voor een bepaalde verbetering? Met te veel partijen aan tafel zitten over te veel onderwerpen leidt tot te veel complexiteit.

Bij de partijen die wel nodig zijn, bijvoorbeeld het medisch personeel, lijken de kosten van verandering soms hoger dan de voordelen voor hen. Daardoor ontstaat weerstand. De hindermacht van deze partijen in de zorg is hoog. Er is te weinig mandaat om deze hindermacht te overrulen, omdat de zorg zeer gefragmenteerd georganiseerd is en deze partijen dus een zeer specifieke en krachtige stakeholder zijn in de besluitvorming. Omdat we niet helder genoeg zijn over de voordelen en waarde voor alle betrokken partijen zijn we niet in staat de juiste schaal in oplossingen te creëren.

Misschien wel de meest fundamentele vraag is: in hoeverre zijn we bereid ook verliezers te accepteren, bij partijen die structureel niet meegaan in waarde verbeterende innovaties. Dit geldt tussen organisaties, maar ook binnen organisaties. Zijn we uiteindelijk bereid zorgaanbieders te laten verdwijnen als er betere oplossingen zijn om aan

de zorgbehoefte van die doelgroep te voldoen? Accepteren we dat er minder werk of inkomen is voor specifieke beroepsgroepen binnen de zorg?

Figuur 5. Profit pools in de zorgketen per inwoner NL vs. US (€)



Bron: Deloitte analyse, Bain & Company (2020), CBS (2017), Gupta Strategists (2017), KPMG (2017), KPMG (2019), jaarverslagen
 Noot: Uitgaande van 17 mln. NL inwoners, 330 mln. US inwoners en wisselkoers 1 EUR : 1,2 USD

Hoe zorgen we voor de juiste balans tussen schaal en complexiteit?

Voor veel verbeteringen is samenwerking tussen verschillende ecosysteempartijen nodig. Bij het vormgeven van deze samenwerking komen we al snel in een van de twee valkuilen van opschalen terecht. Soms wordt er een te kleine schaal gekozen, waardoor er een oplossing wordt gevonden met te weinig impact of draagvlak door de keten. Soms wordt er een te grote schaal gekozen, waardoor te veel stakeholders het over te veel onderwerpen eens moeten worden en verzanden in complexiteit.

Hoe breken we uit dit dilemma? In veel discussies, bijvoorbeeld rondom de juiste zorg op de juiste plek, wordt er gewezen naar de noodzaak voor een (regionale) regisseur. Onze stelling is: er is geen standaardrecept waarbij er altijd dezelfde samenstelling van een coalitie en dezelfde logische regioregisseur moet zijn. Zorg is te complex en de regionale behoeften zijn te divers om in alle regio's alles op gelijke wijze te organiseren.

Om te komen tot een effectieve samenwerking moet het nut hiervan voor de individuele partijen helder zijn. Welke kansen kunnen we beter benutten of welke bedreigingen beter voorkomen door met andere partijen samen te werken?

Op basis van deze individuele doelen kunnen coalities gesmeed worden rondom specifieke onderwerpen, en kan de relevante regio voor dat onderwerp gedefinieerd worden. Deze coalition of the willing-filosofie volgt dus de principes van marktwerking, van waardecreatie en waardeverdeling. Waar de prikkels goed liggen, zullen dergelijke coalities kunnen ontstaan mede door stimuli op de horizontale as in plaats van de verticale. Hierbij geldt ook dat iets wat in een andere regio al met publiek geld gevalideerd is, verplicht opgevoerd moet worden tenzij aangetoond kan worden dat dit écht niet past. Als het op specifieke plekken niet mogelijk is de juiste partijen te laten samenkomen in een dergelijke gelijkgerichte coalitie, is meer doorzettingsmacht en executiekracht van de publieke partijen nodig.

5. Een concreet stappenplan voor waardecreatie: vijf stappen die individuele gezondheid ecosysteempartijen nu al kunnen nemen

De vijf beschreven systeemdificussies kosten tijd om op te lossen. Wat kunnen individuele partijen nu al doen om innovatie en waardecreatie in het gezondheidssysteem te bevorderen? In dit laatste gedeelte schetsen we een concreet stappenplan dat nu al toegepast kan worden bij het vormen van een ecosysteem coalitie rondom innovaties in het Nederlandse gezondheidsecosysteem.

1) Definieer de doelgroep en kwantificeer de waarde die je voor hen oplevert

- Definieer de karakteristieken van de gewenste doelgroep
 - Een doelgroep kan bijvoorbeeld een aandoening zijn (diabetes), of een populatiesegment (kwetsbare ouderen van ouder dan 85, lage SES-score met risico op chronische ziekten), of een mix (mensen van boven de 65 met diabetes en coronaire klachten, 30- tot 40-jarige vrouwen met depressieve klachten)
- Bepaal de geografische scope (lokaal, regionaal, nationaal)
- Kwantificeer de huidige situatie van deze doelgroep
 - Prevalentie, incidentie, ziektelast (DALY), kosten
 - Huidige geldstroom, revenue pool en profit pool
- Bepaal de 'scope' van de verbetering voor dit segment
 - Welk onderdeel van het zorgpad/patiëntreis wordt verbeterd?
- Kwantificeer de (relatieve) waarde van de verbetering/innovatie voor dat segment
 - Niet de absolute/totale waarde maar de verbetering ten aanzien van huidige alternatieven
 - Eerst in onderliggende drijvers. Bijvoorbeeld: minder ligduur, minder complicaties, etc.
 - Daarna vertaling naar een maat van verbeterde kwaliteit (bijv. QALY) en/ of kosten
 - Daarnaast de "niet-zorggerelateerde" verbeteringen, bijv. minder verzuim

2) Bepaal wie de betaler is en wat deze bereid is te betalen voor deze verbetering

- Wie is de betaler (bijvoorbeeld verzekeraar, werkgever) en wat vindt deze partij belangrijk?
- In hoeverre is deze betaler bereid te betalen voor de extra kwaliteit?
 - Indien ja: kwantificeren wat dan de betaling is per kwaliteitseenheid
- In hoeverre is de betaler bereid de doelmatigheidsverbetering in de keten te delen?
- Zijn er alternatieve betalende?
 - Bijvoorbeeld de patiënten zelf?
 - Die eventueel bereid zijn te betalen voor andere dingen (bijvoorbeeld productiviteit)?

3) Bepaal de verwachte return on investment

- Wat zijn de benodigde investeringen om de verbetering te realiseren?
- Wat is (gegeven de combinatie van punt 1 en 2) de verwachte return? Is dat in evenwicht?
 - Dit is in eerste instantie een 'stand alone' ROI voor deze specifieke interventie,
 - Die vervolgens wordt aangevuld met de ecosysteemdynamiek en -verdeling (zie punt 4)

4) Bepaal de ecosysteemcoalitie, en hoe er voor iedere partij een 'netto positieve waarde' kan zijn

- Welke ecosysteempartijen zijn cruciaal, welke optioneel, welke overbodig?
 - Vind de juiste balans tussen schaal en complexiteit: indien een partij niet noodzakelijk is, laat deze dan geen onderdeel van de coalitie zijn om complexiteit te verminderen.
- Voor de cruciale partijen: wat is (zonder actieve herverdeling) hun voordeel van de verandering en wat zijn de nadelen (kosten, investeringen, complicaties, risico's)?
- Hoe verbeteren we die score zodat alle benodigde partijen baat hebben bij de innovatie?
- Zijn er buiten deze coalitie bestaande ecosysteempartijen die verliezen?
 - Wat zal hun reactie zijn, en moeten we dat risico mitigeren?

Let op: stap 1 tot en met 4 kunnen vanuit het perspectief van een ecosysteempartij meerdere keren herhaald worden voor verschillende combinaties van focus doelgroepen en verbeteringen. Indien hier steeds dezelfde ecosysteemcoalitie uitkomt, is er schaal in samenwerking te behalen.

5) Zet de coalitie op met expliciete gezamenlijke visie op waardecreatie en waardeverdeling

- Creëer een gezamenlijke visie: welke waarde creëren we voor de eindklant/het systeem?
- Scope van de samenwerking: wat doen we wel en niet samen, wat zijn de rollen en verantwoordelijkheden?
- Waardecreatie voor de coalitie: wat verwachten we als totale geldstroom en profit pool?
- Return on investment voor de individuele coalitie partijen
 - Welk deel van bovenstaande geldstroom en profit pool verwacht iedere partij?
 - Welke investeringen brengt iedere partij in? Welke kosten en risico's?
 - 'Sanity check': is dit binnen de coalitie in evenwicht? Dat hoeft niet per se op ieder individueel samenwerkingsgebied, als het maar wel geldt op portfolioniveau
- Governance: hoe sturen we de coalitie? Besluitvorming, meetingstructuur, rapportage
- Concrete initiatieven: deliverables, activiteiten, mijlpalenplanning

Zoals we aan het begin van dit artikel reeds beschreven: het waardepotentieel van het succesvol realiseren van de vijf verschuivingen richting het gezondheidsecosysteem van de toekomst is zeer groot. Zowel voor de Nederlandse burger die meer gezonde levensjaren tegen relatief lagere kosten kan winnen, als voor de ecosysteem partijen die de daarbij horende gezondheidsoplossingen zullen aanbieden. Onze grootste uitdagingen zijn waardecreatie en waardeverdeling. Waardecreatie door focus op de combinatie van doelgroepen en verbeteringen die het meeste waarde opleveren. Waardeverdeling door de juiste prikkels in het systeem te brengen (en op te zoeken) en effectieve coalities te vormen met de juiste balans tussen schaal en complexiteit. Wij hopen dat deze publicatie alle betrokken partijen daar een stap verder in kan brengen.

Auteurs



John Luijs
Partner Healthcare & Life Sciences
jluijs@deloitte.nl



Nicole Lentink
Senior Manager Strategy, health ecosystem alliances
mvanbergen@deloitte.nl



Lucien Engelen
Edge Fellow Digital Health

Overzicht geraadpleegde bronnen

- Data Centraal Bureau voor de Statistiek (website, 2018)
- Data Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (website, 2017)
- Deloitte zorgaanbieders benchmark met alle jaarverslagen van ziekenhuizen, VVT instellingen, gehandicaptenzorg instellingen en GGZ instellingen met een omzet >10 miljoen euro (2019)
- Health at a Glance: Europe 2018; OECD (2018)
- Stroomschema financiering zorg 2018; CBS (2020)
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018)
- Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú; Zorginstituut Nederland & Nederlandse Zorgautoriteit (2020)
- Discussienota: Zorg voor de toekomst; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2020)
- Gezondheid breed op de agenda: Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2020)
- Goede zorg doen we samen: Ziekenhuizen bouwen mee aan een gezonde samenleving; Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2020)
- De gezondheids(zorg)toekomst van Nederland: Visie op vijf grote verschuivingen naar een nieuw ecosysteem; Deloitte (2020)
- Ezeltje strek je: Een studie naar winst, macht en regulering in de Nederlandse gezondheidszorg; Gupta Strategists (2017)
- Praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015; Nederlandse Zorgautoriteit (2017)
- Bedrijfsresultaat hoogst in farmaceutische industrie; CBS (2017)
- Profitability of large pharmaceutical companies compared with other large public companies; Ledley FD, McCoyh, SS, Vaughan G, Cleary EG, JAMA 323(9):834-843 (2020)
- Unlocking the life sciences potential: Key drivers to fully harvest the life sciences sector potential in the Netherlands; KPMG (2019)
- The MedTech market in the Netherlands; KPMG (2017)
- ICT benchmark ziekenhuizen 2020; M&I/Partners (2020)
- National Health Expenditure Data; Centers for Medicare & Medicaid Services (2020)
- US healthcare profit pool to rise at a healthy pace; Bain & Company (2020)
- Diverse regiobeelden van zorgverzekeraars (bijv. Menzis Regiobeeld Twente 2030)
- Brief over Voortgangsrapportage Innovatie & Zorgvernieuwing; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2020)



Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its global network of member firms, and their related entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL does not provide services to clients. Please see www.deloitte.nl/about to learn more.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's approximately 264,000 people make an impact that matters at www.deloitte.nl.

This communication contains general information only, and none of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, its member firms, or their related entities (collectively, the "Deloitte network") is, by means of this communication, rendering professional advice or services. Before making any decision or taking any action that may affect your finances or your business, you should consult a qualified professional adviser. No entity in the Deloitte network shall be responsible for any loss whatsoever sustained by any person who relies on this communication.

© 2020 Deloitte The Netherlands