



## De gezondheids(zorg) toekomst van Nederland

Auteurs: John Luijs, Mathieu van Bergen, Lucien Engelen e.a.

Leestijd: 15 minuten

[Read the English version](#)

Er zijn al veel perspectieven verschenen op de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Thema's als Artificial Intelligence (AI), Virtual Health(care), digitale transformatie, data interoperabiliteit en 'de juiste zorg op de juiste plek' zijn al veel besproken. Toch lijkt het voor veel betrokken partijen nog een uitdaging om de brug te slaan tussen inspirerende toekomstvisies op het mogelijke lange termijn gezondheids(zorg)landschap en de concrete prioriteiten voor de komende jaren.

Met dit artikel willen wij op vijf manieren een toegevoegde waarde leveren aan de discussie over de toekomst van de zorg, of beter gezegd de toekomst van gezondheid, in Nederland. We zullen allereerst de 'case for change' beschrijven, en waarom wij als Nederlandse maatschappij de zorg kunnen, willen en zelfs moeten verbeteren. Vervolgens brengen we focus en samenhang aan in de veelheid aan ontwikkelingen door deze te clusteren in **vijf grote verschuivingen**. We beschrijven tot welk **nieuw gezondheidsecosysteem** dit zal leiden, en wat de gevolgen hiervan zijn voor traditionele zorgspelers en nieuwe toetreders. We gaan in op de **snelheid** van deze veranderingen en op de rol van COVID-19 als versneller. En als laatste proberen we deze toekomstvisie te vertalen naar **concrete vervolgstappen** voor het komende jaar.

Hoe de gezondheidszorg van de toekomst er exact uit zal zien, en in welk tempo de hier beschreven veranderingen zullen optreden, is nog grotendeels onbekend. Maar de richting en contouren lijken inmiddels wel helder. Als de juiste beweging op tijd wordt ingezet zal dit grote kansen bieden, en leiders in staat stellen een belangrijke bijdrage te leveren aan een nog betere gezondheidszorg in de toekomst.

Dit artikel is het eerste van een Deloitte-serie over 'De gezondheidstoekomst van Nederland' en biedt een overzicht van de belangrijkste discussiethema's. In de volgende artikelen zullen we deze thema's, samen met leidende partijen in het gezondheidsecosysteem van de toekomst, verder uitwerken.

# 1. De 'case for change': waarom we de zorg kunnen, willen en moeten verbeteren

## Wat willen we bereiken m.b.t. gezondheid in Nederland: de vier hoofddoelen

Een discussie over mogelijke verbeteringen van de zorg moet beginnen met het doel dat we willen bereiken. Hiervoor sluiten wij aan bij de 'Quadruple Aim'. De eerste drie (Triple Aim) doelen zijn: het verbeteren van de gezondheid van de bevolking, het verhogen van de kwaliteit voor de individuele patiënt, en het doelmatig en toegankelijk houden van de kosten van de zorg per hoofd van de bevolking. Het vierde doel is het verminderen van de werkdruk en het vergroten van het werkplezier van de (toenemend schaarse) zorgprofessionals die zo'n grote rol spelen in het realiseren van de eerste drie doelen.

Een belangrijke observatie hierbij is dat het optimaliseren van de gezondheid van de bevolking dus meer is dan de zorg voor patiënten. Het begint namelijk bij een gezonde levensstijl en de preventie van ziekten bij alle inwoners. Pas daarna volgt het curatieve deel van diagnose stellen, behandeling en nazorg voor patiënten.

## Ons huidige zorgecosysteem: vier typen spelers, primair gericht op zorg voor patiënten

Ons huidige Nederlandse zorgecosysteem is nog primair een **systeem dat gericht is op zorg in plaats van op gezondheid**. Wat centraal staat, is tijdig de juiste diagnose stellen bij een **patiënt**, en vervolgens de juiste behandeling bieden, gevolgd door de juiste nazorg en medicatie thuis. Natuurlijk is er wel degelijk aandacht voor levensstijl en preventie, maar het grootste deel van onze resources (tijd, geld en aandacht) gaat uit naar het 'actieve' zorgdeel.

De belangrijkste spelers in dit zorgecosysteem zijn dus gericht op zorg voor de patiënt, en kunnen we verdelen in vier categorieën (de voorbeelden per categorie zijn een selectie, en dus niet compleet):

- **Aanbieders:** ziekenhuizen (academisch, topklinisch, algemeen en ZBC), GGZ, VVT, 1e lijn
- **Betalers:** zorgverzekeraars, gemeenten, maar ook banken en investeerders
- **Leveranciers:** farmaceuten, medtech en diverse andere partijen (zoals ICT en dienstverleners)
- **Overheid en regelgevers:** ministerie van VWS, maar bijvoorbeeld ook NZA, ZIN, EMA.

## Waarom we de zorg in Nederland kunnen, willen en moeten verbeteren

Er zijn drie drijvende krachten van verandering in de zorg. Dit zijn technologische trends, trends in consumentengedrag en demografische & economische trends. Of, in iets meer pakkende bewoordingen: we **kunnen**, we **willen**, en we **moeten** de Nederlandse zorg verbeteren.

We **kunnen** de zorg verbeteren, zowel qua kosten als kwaliteit.

- De technologische ontwikkelingen gaan zo snel en de kosten van technologie zijn zo sterk gedaald, dat we veel beter in staat zijn zorg buiten het ziekenhuis en dichtbij de patiënt te leveren, bijvoorbeeld via monitoring, diagnostiek en consulten op afstand;
- De 'explosie aan data' in combinatie met betere data analyse technieken leidt tot de mogelijkheid gepersonaliseerde interventies te doen om (progressie van) ziekten te voorkomen.

We **willen** de zorg verbeteren en komen tot een betere gebruikerservaring en betere kwaliteit.

- Zorg is geen 'luxeproduct' voor consumenten, dus we hoeven de patiënt niet te zien als een zorgconsument die verwend moet worden;
- Maar kan de zorgsector zo ver achterblijven in deze tijd van Netflix, Uber, Amazon, Zoom en mobiel bankieren, waarin de wereld naar ons komt, 'on demand', snel, efficiënt, datagedreven en gebruiksvriendelijk? Het voorkomen van 'consumentisme' is geen excuus voor een onprettige en inefficiënte gebruikerservaring;
- Het gaat om meer dan de gebruikerservaring. Patiënten, en burgers in het algemeen, zullen in toenemende mate gepersonaliseerde adviezen willen op basis van inzichten uit hun data. Deze moeten leiden tot betere kwaliteit van gezondheid, en uiteindelijk dus ook tot lagere kosten.

We **moeten** de zorg verbeteren en komen tot meer doelmatige oplossingen:

- Vergrijzing en de toename van chronische ziekten, in combinatie met innovatieve maar dure therapieën, zorgen voor toenemende zorgkosten (die sneller groeien dan ons BNP);
- De druk op overheidsbudgetten wordt vertaald naar druk op de zorgverzekeraars en ziekenhuizen, bijvoorbeeld door de beperking van volumegroei via het hoofdlijnenakkoord;
- Naast de financiële druk hebben we ook te maken met een toenemende schaarste, en ook stress en ontevredenheid, van gekwalificeerd zorgpersoneel.

## 2. De Toekomst van Zorg: vijf grote verschuivingen

Hoe het zorglandschap er in de toekomst precies uit zal zien, en wanneer de veranderingen zullen optreden, is moeilijk te voorspellen. Maar de richting van de veranderingen lijkt helder. Wij geloven dat er in ieder geval rekening moet worden gehouden met vijf grote verschuivingen.

### **Van zorg naar gezondheid: meer focus op levensstijl, preventie en vroege diagnostiek**

Er zal een verschuiving optreden van focus op (gezondheids)zorg naar gezondheid. Meer resources (tijd, geld en aandacht) worden gealloceerd van het einde (behandelingen en nazorg) naar het begin van de gezondheidsketen. Er zal meer focus komen op het stimuleren van een gezonde levensstijl, vitaliteit en welzijn, op primaire en secundaire preventie en op vroege diagnostiek.

### **Virtual Health(care): zorg (echt) geconcentreerd rondom de patiënt**

De tweede verschuiving is van een (logistiek) aanbod gedreven model van zorg op een (ziekenhuis)locatie naar virtuele zorg. Zorg zal meer (echt) **rondom de patiënt** worden georganiseerd, met als adagium 'digital first'. Het systeem is nog altijd geoptimaliseerd rondom de zorgprofessional, niet rondom de patiënt. Voor patiënten bestaat de zorg voor een groot deel uit logistiek: zij moeten bellen, een afspraak maken, naar het ziekenhuis en in de wachtkamer wachten. We gaan naar een flexibeler systeem waarbij de patiënt meer zelf kan doen en meer te zeggen krijgt. Patiënten kunnen veel meer zelf thuis meten en regelen, zodat zij alleen als het écht nodig is naar het ziekenhuis hoeven te komen. Consulten zullen voor het merendeel virtueel plaatsvinden.

### **Datagedreven gepersonaliseerde ("N=1") gezondheid inzichten en interventies**

De derde verschuiving is van behandeling op basis van standaard protocollen naar gepersonaliseerde, data-gedreven inzichten en interventies. Er ontstaat een nieuwe waardeketen rondom gezondheidsdata. Er is een explosie van data rondom het individu door wearables en ook steeds meer door 'altijd aan' sensoren in huis, op het werk en in de medische omgeving. Deze data zullen in toenemende mate worden gebruikt voor gepersonaliseerde inzichten en interventies, vooral gericht op vitaliteit, preventie en vroege diagnostiek. Dit zal leiden tot een nieuwe data waardeketen die interessante mogelijkheden biedt voor huidige zorgspelers en nieuwe toetreders. Allereerst op het gebied van gegevensverzameling, bijvoorbeeld via sensortechnologie en IoT. Maar ook voor data-analyse (via AI en machine learning), voor het vertalen van deze analyse naar gepersonaliseerde inzichten en interventies voor de patiënt, en voor het ontsluiten van deze inzichten in een prettig werkbaar visuele interface (app). Het fundament onder deze mogelijkheden is het combineren van datasets, dus we moeten zorgen voor uitwisselbaarheid van gegevens via veilige dataplatforms.

### **Toekomst van werk in de zorg: een nieuw 'wat, waar en hoe' voor zorgprofessionals**

De rol van de zorgprofessionals zal sterk veranderen, zowel ten aanzien van wat voor werk zij doen, waar ze werken, en hoe. Een fundamentele vooruitgang is de wijze waarop zorgprofessionals ondersteund gaan worden door robotisering, cognitieve automatisering en AI. De tijd die zorgprofessionals nu nodig hebben voor gegevensverzameling en administratieve processen zal sterk verminderen, waardoor meer tijd vrijkomt voor bijvoorbeeld de persoonlijke benadering, kwaliteit en veiligheid. Hun locatie zal minder vaak één specifieke instelling zijn, en vaker vanuit huis en/of een centrale locatie. Ze zullen minder vaak in een vast dienstverband werken, en meer in netwerken of in een wijkteam van bijvoorbeeld de gemeente.

### **Nieuwe geldstromen en verdienmodellen: meer gericht op stimuleren populatie gezondheid**

De geldstromen in dit nieuwe gezondheidsecosysteem moeten ook veranderen. Een vergoeding in silo's, zoals voor eerste lijn, ziekenhuizen en langdurige zorg apart, past niet bij een integraal management van patiëntgezondheid. Een 'fee for service' vergoeding voor behandeling hoort niet bij een wereld van datagedreven preventie. Nieuwe geldstromen zullen ook leiden tot nieuwe verdienmodellen voor de traditionele en de nieuwe spelers binnen het gezondheidsecosysteem.

### 3. Het nieuwe gezondheidsecosysteem: nieuwe rollen en allianties

De vijf verschuivingen zullen leiden tot een nieuw gezondheidsecosysteem dat dus niet meer primair gericht is op zorg voor de patiënt, maar op de gezondheid van de burger. De traditionele vier partijen zullen nog steeds onderdeel uitmaken van dit ecosysteem, deels in een andere vorm en rol. Zij worden aangevuld met nieuwe toetreders in de 'gezondheidsketen', die zich voornamelijk zullen richten op waardecreatie op basis van gepersonaliseerde gezondheidsdata. Daarmee verkrijgen ze inzicht in het verbeteren van welzijn, vitaliteit en preventie, en faciliteren ze Virtual Health(care) oplossingen. Tussen deze nieuwe en bestaande partijen zullen nieuwe allianties ontstaan, met gezondheidsdata als een belangrijke verbinder.

#### **Nieuwe toetreders in het gezondheidsecosysteem: inspelen op de vijf verschuivingen**

Nieuwe spelers in het gezondheidsecosysteem zullen inspelen op de vijf verschuivingen. Zij gaan zich bijvoorbeeld richten op data en platformen: gegevensverzameling (collectie, connectie, en beveiliging), data-analyse, het vertalen van deze analyses naar gepersonaliseerde interventies, en de benodigde onderliggende infrastructuur voor dataplatformen. Daarnaast zullen nieuwe toetreders zich richten op nieuwe oplossingen rondom vitaliteit en welzijn, en secundaire preventie bij chronische patiënten door interventies in levensstijl (voeding en beweging), monitoring, en het verbeteren van therapietrouw. Ook verdere oplossingen voor het aanbieden en faciliteren van Virtual Health(care) zullen investeringen aantrekken.

Typische voorbeelden uit het buitenland van toetreders van buiten de zorg in het nieuwe gezondheidsecosysteem zijn de grote tech partijen: Google, Apple, Amazon en Microsoft. Maar ook retailers als Walmart investeren in de zorg, evenals financiële partijen zoals Berkshire Hathaway en JP Morgan Chase (i.c.m. Amazon).

In Nederland verwachten we dat leidende bedrijven uit de voedingsindustrie, retail, financiële dienstverlening en telecom na de huidige eerste verkenning sterker zullen inzetten op een rol in het nieuwe gezondheidsecosysteem. Allianties met bestaande partijen zullen hierbij een belangrijke succesfactor zijn. Zij zullen de bestaande partijen niet vervangen, maar met hen samenwerken.

Naast de grote gevestigde bedrijven uit andere industrieën die zich meer op de zorg zullen richten, verwachten we een sterke groei van op de zorg gerichte startups en scale-ups in de gezondheidsdata waardeketen, met name op onderwerpen als AI.

#### **Traditionele zorgpartijen: veranderingen in rol en vorm**

De huidige partijen in het zorgecosysteem zullen in het nieuwe gezondheidsecosysteem deels een andere vorm en rol krijgen. Hieronder gaan wij op hoofdlijnen op een aantal eerste voorbeelden in.



**Ziekenhuizen** krijgen een andere rol in de regio. Een deel van de zorg die zij nu leveren zal verdwijnen door succesvolle preventie, vroege diagnostiek en inzichten rondom zinnige zorg. Een deel van de zorg wordt nog wel geleverd, maar in virtuele vorm, dus buiten het ziekenhuis. Of op andere plekken in de regio, bijvoorbeeld in de eerste lijn of langdurige zorg-instellingen. De acute en complexe zorg wordt verdeeld over de ziekenhuizen in een regio om meer onderscheidende 'Centers of Excellence' te creëren. Het medisch personeel, zowel artsen als verplegend personeel, zal minder gebonden zijn aan de fysieke locatie van het ziekenhuis, en zal hun rol zien veranderen door de toenemende adoptie van robotisering en AI. Dit zal grote impact hebben op portfoliokeuzes, beslissingen over infrastructuur en discussies over financiële stabiliteit en verdienmodellen. Ook moeten ziekenhuizen nadenken over de waarde van de data die zij genereren, en hoe en met welke partners zij die waarde kunnen valoriseren.

**VVT-aanbieders** zullen een deel van het volume vanuit de ziekenhuizen overnemen, en moeten zorgen voor een naadloze samenwerking met de ziekenhuizen. Vanwege de vergrijzing krijgen VVT-aanbieders met grote uitdagingen te maken bij het bieden van langdurige complexe zorg in combinatie met schaarse capaciteit. Zij zullen dan ook sterk inzetten op grote digitale transformaties. Met de versnelde invoer van digitale zorg ontstaat er een grote behoefte aan grotere digitale competenties om te kunnen omgaan met technologische veranderingen - nu en in de toekomst.

Voor de **eerstelijnszorg** aanbieders zal de focus meer komen te liggen op het preventieve vlak, zowel fysiek als mentaal. Met alle nieuwe technische mogelijkheden zou de rol van de huisarts nog verder kunnen verschuiven naar 'casemanager' van en voor de patiënt, die tevens als gids door het woud aan mogelijkheden kan optreden. De huisarts zal ook, op basis van een goed overzicht en inzicht van de data, in staat zijn een nog verder gepersonaliseerde aanpak op te stellen samen met de patiënt.

**Zorgverzekeraars** zullen een cruciale rol spelen in het vormen van een regionale visie: de 'juiste zorg op de juiste plek' in de regio, inclusief de beweging naar Virtual Health(care). Op basis van deze visie zullen zij de geldstromen zo inrichten dat ze zorgverleners in deze transformatie faciliteren en stimuleren. Daarnaast zullen zij hun data, in combinatie met andere partijen in het ecosysteem, meer inzetten om vitaliteit, preventie en vroege diagnostiek te verbeteren.

Voor **farmaceutische bedrijven** gelden voor Nederlandse organisaties andere overwegingen dan op wereldwijd niveau. Omdat wij ons richten op de toekomst van gezondheid in Nederland, gaan we hier in op de rol die de Nederlandse organisaties kunnen spelen. Hun belangrijkste ambitie zal zijn om een partner voor ziekenhuizen en verzekeraars te zijn bij het faciliteren van de juiste zorg op de juiste plek op hun therapeutische focusgebieden. Zij zullen bijdragen aan gezonde burgers (niet alleen met geneesmiddelen), door investeringen in preventie, sneller herstel en betere behandelresultaten dankzij een focus op leefstijlinterventies en educatie. Ook zullen zij bijdragen aan zinnige zorg door het optimaliseren van diagnostiek en met behulp van testen om gericht medicatie in te zetten bij het juiste type patiënt (personalised medicine).

Voor de **overheid** is de belangrijkste vraag hoe zij een verbindende, stimulerende en faciliterende rol kan spelen zodat de verschillende stakeholders in het gezondheidssysteem samen waarde kunnen creëren. Hierbij heeft het de hoogste prioriteit om regelgeving die in de weg zit, bijvoorbeeld rondom gegevensuitwisseling, aan te passen.

**Nieuwe ecosysteemallianties: waardecreatie en verdeling**

Er zullen interessante allianties ontstaan tussen de nieuwe en de traditionele partijen in het ecosysteem. Nieuwe partijen brengen specifieke kennis in rondom data-analyse, en mogelijk grote investeringsbudgetten. Bestaande partijen leveren zorgkennis en genieten het vertrouwen van de 'gezondheidsconsument'. Recente voorbeelden van allianties zijn bijvoorbeeld Google en zorgverzekeraar Oscar, of Walmart met zorgverzekeraar Humana. Veel van deze samenwerkingsverbanden zijn gebaseerd op het creëren van waarde door datasets te combineren, te analyseren, en om te zetten in interventies die kosten besparen of de kwaliteit en gebruikerservaring verhogen.

Een succesvolle alliantie begint met het bepalen van de individuele ambities en kennis van de partijen. Op welke vlakken in de gezondheidsketen kunnen en willen we maatschappelijke waarde toevoegen: door het verbeteren van de gezondheid van de populatie, de kwaliteit voor de patiënten en/of de gezondheid van de burgers? Of door het verminderen van de werkdruk en het vergroten van het werkplezier van zorgprofessionals? Welk deel van deze maatschappelijke waarde mogen wij houden en waar komt dit vandaan? Met andere woorden: wie betaalt voor de waardetoevoegende oplossing die we bieden?

De volgende vraag is: hoe voegt samenwerking met een partner uit het ecosysteem meer waarde toe? Welke waarde brengen beide partijen in en waar zit de synergie? Hoe verdelen we de waarde die de coalitie zelf mag houden? En hoe verdelen we de investeringen en risico's evenwichtig?

## 4. De snelheid van de veranderingen

In de discussie over de vraag wat er nog kan en moet verbeteren, is het makkelijk om de al behaalde resultaten van de verschillende zorgpartijen te onderschatten. Ziekenhuizen hebben sterk geïnvesteerd in het meten en verbeteren van kwaliteit. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol gespeeld in het sturen op hogere kwaliteit tegen lagere kosten, en het stimuleren van zinnige zorg. De farmaceutische industrie heeft medicijnen uitgevonden die vele levens hebben gered, verlengd en verbeterd. Ook wordt er op een aantal gebieden beter samengewerkt in de keten (bijvoorbeeld rondom diabetes en COPD), en zijn er technologische innovaties die zorg op afstand makkelijker maken.

Toch zijn er ook veel uitdagingen die nog niet voldoende overwonnen zijn. De financiële druk op het systeem neemt nog steeds toe en ziekenhuizen worstelen met het vinden van een duurzaam verdienmodel en het realiseren van structurele financiële stabiliteit. Ontwikkelingen rondom preventie, juiste zorg op de juiste plek en digitale innovatie zijn hierbij vaak eerder een financiële bedreiging dan een kans. Er is een tekort aan zorgpersoneel en de werkdruk van dit personeel wordt alleen maar groter. Innovaties (bijvoorbeeld om zorg op afstand te leveren) en regionale samenwerking komen vaak niet of traag van de grond. Het is nog regelmatig zoeken naar bijvoorbeeld de juiste aanpak, stimulansen en regie. De verschillende ecosysteempartijen zoals verzekeraars, ziekenhuizen en farmaceuten belanden vaak in 'zero sum' discussies over prijzen en weten niet altijd een gezamenlijke meerwaarde te creëren. Ondertussen ervaren mensen die zorg nodig hebben ons aanbodgedreven systeem nog te vaak als een bastion van gebruikersonvriendelijkheid, beperkt beschikbare informatie en inefficiënte logistiek.

Verandering in de zorg is dus soms weerbarstig, misschien wel meer dan in andere sectoren. Wat is hiervoor de verklaring? Hoe kunnen we dit doorbreken? En wat zal de invloed zijn van COVID-19, als mogelijke versneller van de vijf grote verschuivingen?

### Blokkades voor verandering overwinnen

Om te begrijpen waarom veranderingen in de zorg soms niet (tijdig) doorgevoerd worden, is het nuttig om terug te gaan naar het kunnen, willen en moeten. Ook al kunnen, willen en moeten we iets op systeemniveau, hoeft dat niet te gelden voor alle betrokken individuele stakeholders.

Laten we beginnen met het kunnen. Veel zorgprofessionals vinden het nog lastig om de verschillende technologische verbeteringen te gebruiken. In de reeds hoge werkdruk ervaren zij ook niet altijd de tijd en de ruimte om dit te leren, of af te wijken van bestaande methodes om te experimenteren met nieuwe methodes. Ook is de veranderkracht en executiekracht in zorgorganisaties vaak beperkt.

De tweede uitdaging is het willen. Een goed voorbeeld is preventie. Dat dit op maatschappelijk niveau waarde creëert, namelijk gezondheidswinst en kostenbesparing, is duidelijk. Dus als totaalsysteem willen we dit. Maar voor de ziekenhuizen, en de individuele medisch specialisten, is preventie in financieel opzicht vaak geen voordeel maar een nadeel. Zij lopen omzet mis en krijgen daar niets voor terug. Dit betekent niet automatisch dat zij zich hier niet voor inzetten, want het maatschappelijke doel kan voor hen zwaarder wegen dan de financiële nadelen. Maar het is wel belangrijk om te beseffen dat er zeker niet altijd sprake is van een win-win situatie.

Dat brengt ons bij het moeten. Het is bij fundamentele veranderingen niet altijd mogelijk iedereen tevreden te houden. Een veranderproces ingaan met unanieme instemming is in veel gevallen een utopie. Als de meerderheid iets wil, maar een minderheid niet, dan kan een doorbraak worden geforceerd doordat het voor de meerderheid 'willen' is en voor deze minderheid 'moeten'. Leiders, zoals Raden van Bestuur in ziekenhuizen, moeten de voor- en nadelen van de verschillende groepen afwegen en de juiste beslissing voor het collectief maken. In de zorg lijken zij vaak niet die ruimte te krijgen of te gebruiken, en is de hindermacht van individuele artsen groot.

Wat is er nodig om deze weerstanden te overwinnen? Voor het 'kunnen' is het belangrijk dat er wordt geïnvesteerd in de juiste infrastructuur, hulpmiddelen en opleiding. Met betrekking tot het 'willen' is het belangrijk een heldere visie over waardecreatie en -verdeling te creëren en te communiceren. Hierbij spelen de overheid en verzekeraars en de manier waarom zij de geldstromen inrichten een grote rol. Voor het 'moeten' is het belangrijk dat het leiderschapsteam bij de verschillende zorgpartijen echt leiderschap toont. De zakelijke en medische co-bestuurders moeten de handen ineen slaan om het juiste te doen voor hun instelling en de populatie die zij verzorgen, en zich niet laten tegenhouden door een kleine groep die weerstand biedt.

### De rol van COVID-19 als versneller

Ondanks de grote impact die COVID-19 op de korte termijn (2020 en 2021) heeft op ons zorgsysteem, verwachten wij niet dat het een significante lange termijn verschuiving toevoegt aan de vijf verschuivingen die we in hoofdstuk 2 hebben besproken. Een groot deel van de impact zal tijdelijk zijn (12 tot 18 maanden), totdat er voor de meest kwetsbare groepen een vaccin beschikbaar is, de uitgestelde zorg grotendeels is ingehaald en de financiële schade over de keten is verdeeld.

De belangrijkste vraag is dan: welke van de verschuivingen wordt of worden versneld door COVID-19, en welke juist vertraagd? Wij verwachten dat COVID-19 vooral een sterk versnellende invloed zal hebben op Virtual Health(care). Er was noodgedwongen een hoge piek in de adoptie van teleconsulten en videoconsulten. Maar ook bijvoorbeeld in testen en diagnostiek op afstand en analyse van data die werden gegenereerd door Corona apps. Naar verwachting volgt er een kleine terugval als fysieke afspraken weer mogelijk zijn. Een virtueel consult is niet altijd een goed alternatief voor een fysieke ontmoeting, bijvoorbeeld als er uitleg nodig is over een ingewikkelde diagnose of behandeling.

Tegelijkertijd zijn de logistieke voordelen en kostenvoordelen evident en zullen sommige factoren die adoptie vertragen (zoals weerstand van artsen, en financiële vergoedingen) blijvend verminderd zijn. Wij verwachten dat het momentum voor Virtual Health(care) wel echt wordt gepakt door ziekenhuizen en andere partijen in het zorgecosysteem. Dit zullen ze allereerst doen door een volgorde aan te brengen: welke type zorgprocessen en patiëntgroepen komen als eerste in aanmerking voor een verschuiving naar Virtual Health(care)? Ook zijn investeringen nodig in de juiste technische infrastructuur en de juiste opleiding van de medische professionals, zodat deze de technieken goed gebruiken. Daarnaast moeten er goede structurele afspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraars over een houdbaar verdienmodel en moet de capaciteitsplanning hierop aangepast worden.

Een veelgehoorde wens van zorgprofessionals is dat door COVID-19 "de geest nu echt uit de fles is" met betrekking tot Virtual Health(care). Als dit waar is, is het één van de meest positieve veranderingen die voorkomt uit deze zware crisis.

## 5. Belangrijkste vervolgstappen voor 2020 en 2021

Voor bestuurders in het huidige zorgecosysteem, en bestuurders van bedrijven die een rol willen spelen in het gezondheidsecosysteem van de toekomst, is het belangrijk een strategische visie te ontwikkelen over de gezondheids(zorg)toekomst van Nederland en de rol die hun organisatie daarin kan en wil spelen. Natuurlijk is het ook mogelijk af te wachten wat de toekomst brengt, maar om een leidende rol te kunnen spelen en regie te houden over de eigen toekomst is het belangrijk nu al te anticiperen op de in dit artikel beschreven verschuivingen.

Dat betekent allereerst een eigen visie te ontwikkelen op hoe de gezondheidsvraag voor de specifieke populatie (bijv. de bevolking in een regio, of specifieke patiënt of zorg consument groepen) waar de organisatie zich op richt zal veranderen in de komende jaren. Welke behoeften zullen toenemen en afnemen? Wat is de beste wijze en plek om aan die behoeften te voldoen, gegeven de ontwikkelingen met betrekking tot zinnige zorg, Virtual Health(care), waarde gedreven zorg, datagedreven gepersonaliseerde interventies, toenemende focus op preventie en vroege diagnostiek? Welke rol zal de eigen organisatie dan spelen in dat netwerk van zorg- en gezondheidsaanbieders rondom het individu? Hoe worden we een leidende, excellente partij in die rol? Wat zijn onze onderscheidende gebieden en vaardigheden? Wat zijn de beste partners om mee samen te werken op die gebieden, welke waarde wordt gecreëerd met die samenwerking, en hoe moet die waarde verdeeld worden? Wat betekent dit alles voor onze investeringen in infrastructuur en medewerkers? Hoe zorgen we voor een duurzaam verdienmodel dat past bij deze toekomstvisie? Hoe zorgen we er voor dat alle interne stakeholders aan boord zijn, en dat we als organisatie een gezamenlijke visie hebben op wat we kunnen, willen en moeten richting de toekomst?

Wij hopen dat dit artikel heeft geholpen door een eerste totaaloverzicht te bieden, en daarmee een spiegel voor de toekomstvisie waaruit de verschillende spelers nu opereren, en een goede basis voor doorontwikkeling van die visie. Wij gaan graag de dialoog aan om die toekomstvisie samen beter en concreter te

maken.

Zoals eerder aangegeven is dit artikel het eerste van een Deloitte-serie over de gezondheidstoekomst van Nederland. In de volgende artikelen werken we deze thema's, samen met leidende partijen in het gezondheidsecosysteem van de toekomst, verder uit.

Deloitte wil een actieve rol spelen in het gezondheidsecosysteem en samen met de andere partijen de in dit artikel genoemde verbeteringen versterken en versnellen. We zullen dat doen aan de hand van meerdere events: hackathons, ronde tafel discussies en C-level dialogen. Met als doel de verschillende partijen in het nieuwe gezondheidsecosysteem bij elkaar te brengen, en samen te verkennen welke allianties waarde kunnen opleveren.

We zien uit naar een interessante reis samen, richting de gezondheids(zorg)toekomst van Nederland. Met [deze praatplaat](#) gaan we graag het gesprek met u aan. Wat moet, kan en wilt u verbeteren? We zijn erg benieuwd.

John Luijs, Mathieu van Bergen & Lucien Engelen

## Auteurs



**John Luijs**  
Partner Healthcare & Life Sciences

[mail John](#)



**Mathieu van Bergen**  
Partner Healthcare & Life Sciences

[mail Mathieu](#)



**Lucien Engelen**  
Edge Fellow Digital Health

## Met dank aan onze zorgexperts

[Nicole Lentink](#)

Strategie, gezondheidsecosysteem allianties

[Marly Kiewik](#)

Future of Work

[Matthijs Boom](#)

Digitale transformatie

[Merik Seven](#)

Data platformen en interoperabiliteit

[Rogier van Hulten](#)

Duurzame resultaatverbetering

[Martijn Ludwig](#)

Advanced analytics, Artificial Intelligence

[Bastiaan Walenkamp](#)

Health on Edge





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](http://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 and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's approximately 286,000 people make an impact that matters at [www.deloitte.nl](http://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

## Waardecreatie en waardeverdeling in het gezondheids- ecosysteem

Een verkenning van geldstromen en  
verdienmodellen voor de toekomst

[Read the English version](#)

Auteurs: John Luijs, Nicole Lentink en  
Lucien Engelen

Leestijd: 20 minuten

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 labrynt. 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 systeemdynamieken 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.

# 1. Het gezondheids ecosysteem van de toekomst: waardepotentieel en uitdagingen voor realisatie

## 1.1 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.

## 1.2 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 betalende 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 winst oogmerk. 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:

- Ieder ecosysteem start met een eindklant met bepaalde behoeften, en de bereidheid en mogelijkheid te betalen voor het vervullen van die behoeften
- Aan die behoeften wordt voldaan door producten en diensten
- Deze worden geleverd door een ecosysteem aan partijen in verschillende stappen vanaf de eindklant (bijv. “distributeur”, “producent”, “leveranciers van ruwe materialen”)
- 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.

### 2.1 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.

### 2.2 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 doelmatigheidsverbetering vertaald naar een lagere prijs) maar zelf kan houden. Dit leidt dan tot een lagere ecosysteem omzet maar met een hogere “profit pool”.

### 2.3 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.

### 2.4 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).

### 2.5 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?

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).

### 3.1 Wie is de “eindklant”?

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 betalende”, 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 betalende 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.

### 3.2 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.

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.

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.

### 3.3 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.

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.

### 3.4 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.

## 4. Waardecreatie en waardeverdeling in het gezondecosystem: vijf systeemdialoesen

Hoe scoort ons huidige zorgecosysteem op deze randvoorwaarden voor succesvolle waardecreatie en welke uitdagingen komen hierbij kijken? Deze toetsing leidt tot vijf systeemdialoesen. Dit zijn dialoesen 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 dialoesen geven veel meer richting aan het systeem met betrekking tot waardecreatie.

#### 4.1 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:

- De grootte van het probleem: de huidige en voor 2040 voorspelde ziektelast en kosten
  - Met eventueel als toevoeging: negatieve impact op welzijn en productiviteit
- 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 groeien 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 specifiek 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.

#### 4.2 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 betalende partijen zijn de grote collectieve betalende partijen, zoals de zorgverzekeraars. De tweede is dat die zorgverzekeraars uiteindelijk niet (alleen) de belangen van die patiënten vertegenwoordigen, maar van al hun betalende partijen: de Nederlandse burgers. Als derde is een vrijwel onzichtbare betaler van verdedigde "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 betalende partijen 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 betalende partijen, 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 betalende partijen 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.

#### 4.3 '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 betalende partijen (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.

#### 4.4 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?

#### 4.5 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 systeemdialoogkosten 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 partijen?
  - 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
  - a. Welk deel van bovenstaande geldstroom en profit pool verwacht iedere partij?
  - b. Welke investeringen brengt iedere partij in? Welke kosten en risico's?
  - c. '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

[mail John](#)



**Nicole Lentink**  
Sr Mgr Strategy, health ecosystem alliances

[mail Nicole](#)



**Lucien Engelen**  
Edge Fellow Digital Health



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](http://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 and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's approximately 286,000 people make an impact that matters at [www.deloitte.nl](http://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



