

## 1. Inleiding

Onze *purpose* is om het vertrouwen te bouwen in de maatschappij en om belangrijke maatschappelijke problemen op te lossen. PwC heeft een grote praktijk in de zorg, omdat de gezondheidszorg voor een enorme uitdaging staat: hoe behouden en verbeteren we de al kwalitatief goede en toegankelijke zorg, en hoe verlagen we de totale kosten daarvan? PwC is in de zorgsector actief bij zorgaanbieders, waaronder ziekenhuizen, GGZ-organisaties, ouderenzorg, huisartsenzorg en gehandicaptenzorg. We ondersteunen financiers zoals zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. We ondersteunen beleidsmakers. En we doen dit vanuit onze visie en missie dat betere zorg mogelijk is tegen lagere totale kosten.

We willen het ministerie van VWS bedanken voor de mogelijkheid om te reageren op het discussiestuk 'Zorg voor de Toekomst'. Het rapport bevat ons inziens de juiste thema's. Aan de hand van onze visie op de zorg, willen we een aantal belangrijke zaken voor de komende tijd uitlichten. Indien hier vragen over zijn gaan we graag het gesprek aan om het toe te lichten.

## 2. Ons perspectief op de zorg

De zorgsector staat op dit moment onder enorme druk. Verplegers, verzorgers en artsen leveren enorme prestaties om zorg voor COVID-19 patiënten én de reguliere zorg doorgang te laten vinden. De gevolgen van de COVID-19 crisis hebben, naast directe gevolgen voor de sector zoals een enorme werkdruk, ook gevolgen voor de economie. De dialoog over de sociale determinanten van gezondheid wordt in toenemende mate gevoerd. Vroeg of laat zal ook het maatschappelijke debat over de stijgende zorgkosten terugkeren. Ons inziens zijn de grotere vraagstukken in de zorg de volgende:

1. Behouden en versnellen van innovatie van zorg
2. Behouden van toegankelijkheid en betaalbaarheid van medicatie
3. Aanpakken van arbeidsmarktproblematiek

Langs de lijnen van bovenstaande uitdagingen zetten we uiteen welke oplossingsrichtingen hierbij kunnen helpen.

### 2.1 Behouden en versnellen van innovatie van zorg

De urgentie om te innoveren is hoog: verwachting is dat kosten doorlopen, en dat als we niets doen de arbeidsmarkt bezwijkt onder het benodigde personeel. Met andere woorden: het is niet evident dat de sterke uitgangspositie van Nederland op kwaliteit, toegankelijkheid, solidariteit en totale kosten, ook in de toekomst behouden kan blijven.

Een belangrijke uitdaging is om het juiste speelveld te creëren voor aanbieders, nieuwe toetreders en financiers om de transformatie naar zinnige zorg te versnellen. Dat speelveld is afhankelijk van de setting in de zorg. Daarvoor is het belangrijk om verschillende activiteiten in de zorg te onderscheiden die allemaal verschillende doelen, definities van kwaliteit en een eigen 'dynamiek' hebben:

- Adviseren (wat is er met mij aan de hand?);
- Behandelen (hoe kom ik hier vanaf?);
- Begeleiden (hoe kan ik met mijn aandoening leven?); en

- Acute zorg (zo snel mogelijk stabiliseren).

De zorgsector is zeer divers en niet overal werkt hetzelfde medicijn. De zoektocht naar hoe we de zorgsector weer op de rit krijgen vraagt om een meer specifieke benadering van welke oplossingen werken voor welk type zorg.

#### **A) Introduceer sterkere centrale regie voor samenwerking in de acute zorg**

Bij acute zorg is de opdracht om zo snel mogelijk een patiënt te stabiliseren. Op het moment dat de patiënt zorg nodig heeft, moeten personeel, bed en middelen klaarstaan. Dit kan een ingewikkelde puzzel zijn, zeker wanneer tekorten dreigen. Het helpt dan niet wanneer ziekenhuizen elkaar beconcurreren om beademingsapparatuur en mondkapjes. Centrale regie is essentieel om de beschikbare middelen op een goede manier te verdelen.

Die regierol stopt niet bij de verdeling van materiaal, maar ook in de verdeling van het aantal patiënten. Dit betekent dat ziekenhuizen (maar ook huisartsenposten, crisisdiensten van de GGZ, etc.) per regio met elkaar in gesprek moeten welke kritieke (en dure) infrastructuur nodig is om goede patiëntzorg te borgen. Ziekenhuizen zijn het niet gewend om dit gesprek met elkaar te voeren. Daarom moet het ministerie het gesprek aanjagen, zonder de uitkomsten te dicteren.

Voor de acute zorg dreigt een gevaarlijke paradox: de ziekste patiënten lopen het risico niet de beste zorg te krijgen. Acute zorg is voor zorgorganisaties vaak verlieslatend, omdat de kosten hoger zijn dan de directe inkomsten. De praktijk laat zien dat ziekenhuizen die investeren in acute zorg minder vervolgzorg hebben. Maar dat leidt voor hen ook tot minder inkomsten. Zorgorganisaties hebben door deze dynamiek niet de juiste prikkels om te investeren in betere acute zorg. Dat kan ondervangen worden door acute zorg op basis van beschikbaarheid te bekostigen, in combinatie met regionale afspraken. Daarmee kunnen zorgorganisaties investeren in de beste zorg voor de ziekste patiënt.

Mogelijke vervolgstappen: geef een partij de opdracht om de acute zorg optimaal in te richten, waarbij kwaliteit, patiënttevredenheid, toegankelijkheid én totale acute zorgkosten worden gebalanceerd. Geef deze partij ook doorzettingsmacht. Het ligt voor de hand dat zorgverzekeraars, zorgkantoren en/ of gemeenten hiervoor de meest geschikte kandidaten zijn. Stimuleer financiering op basis van beschikbaarheid, zodat aanbieders geprikkeld worden om te investeren in acute zorg (waarbij de financier tegenwicht geeft).

#### **B) Geef ruimte voor innovatie in electieve en chronische zorg**

Bij electieve zorg gaat het om adviseren, behandelen en begeleiden. Een deel van de electieve zorg is de afgelopen maanden uitgesteld. Oplossingen om dit zo snel mogelijk in te halen zijn recent al veel genoemd: met behulp van digitalisering kunnen we zorg op afstand inrichten. Onnodige zorg moet worden teruggebracht. En patiënten kunnen een grotere rol krijgen bij de beslissingen over de behandeling van hun aandoeningen. Goed geïnformeerde patiënten maken in 20 tot 30 procent van de gevallen een andere keuze dan artsen, bijvoorbeeld voor begeleiding door een fysiotherapeut in plaats van een operatie.

Ondanks dat er consensus is over de oplossingsrichtingen, blijkt het lastig in praktijk te brengen. Vaak zijn het nieuwe partijen die met een idee komen voor betere zorg. Die nieuwe partijen hebben meer ruimte nodig om hun idee bij bestaande zorgverleners door

te voeren, óf zelf zorg te gaan verlenen. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid om nieuwe zorg te contracteren en daarmee aan te jagen. Dat moeten we behouden. Zij kunnen ook helpen om bewezen betere zorg op te schalen en op andere plekken aan te bieden.

*Mogelijke vervolgstappen:* behoud de gereguleerde marktwerking, waarbij zorgaanbieders prikkels hebben om kwaliteit te verhogen tegen lagere kosten. Behoud de ruimte die zorgverzekeraars hebben om bewezen zinnige zorg op te schalen en nieuwe innovatieve business modellen in het landschap te injecteren.

### C) Geef financiers een stimulans om domeinoverstijgend te denken

De schottenproblematiek binnen zorgdomeinen en tussen het zorgdomein en sociaal domein in het huidige stelsel (Wmo, Zvw en Wlz) is in de praktijk een belangrijke belemmering van zorg voor en ondersteuning van kwetsbare burgers. In de praktijk betekent het dat initiatieven die kosten opleveren in het ene domein - maar besparingen in een ander domein - maar moeizaam van de grond komen.

In verschillende regionale 'leertuinen' voor ouderen en mensen met een psychische en verstandelijke beperking proberen we met verschillende partijen de schottenproblematiek te doorbreken. Deze 'leertuinen' zijn erop gericht om de kwaliteit van leven te verhogen, participatie te bevorderen, maatschappelijke kosten te reduceren en een bijdrage te leveren aan de arbeidsmarktproblematiek. Domeinoverstijgende samenwerking tussen gemeenten, aanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren is dan vereist om deze impact te kunnen bereiken.

Een drietal kernproblemen staat centraal in de schotten:

Kernprobleem	Toelichting
 <b>Geen regie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij domeinoverstijgende samenwerking is het per definitie onduidelijk welke financier de regie heeft</li> <li>• Partijen zetten niet snel de eerste stap en doen vaak alleen mee als anderen ook mee doen. Daardoor ontbreekt vaak een partij die hard gas geeft</li> </ul>
 <b>Weinig experimenteeruimte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigide voorwaarden om bestaande middelen in te zetten</li> <li>• Geen domeinoverstijgende experimenteeruimte beschikbaar, subsidieprogramma's zijn vaak niet passend voor opstart initiatieven en projectfinanciering</li> </ul>
 <b>Geen betaaltitel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betaaltitels binnen de huidige domeinen sluiten onvoldoende aan op de behoefte van de cliënt</li> </ul>

De betrokkenheid van meerdere zorgverzekeraars, de gemeente, de zorgaanbieder en het zorgkantoor is vereist om domeinoverstijgende initiatieven te realiseren in een regio (bijvoorbeeld voor mensen met dementie in de Social Trials<sup>1</sup>). Betrokken financiers en aanbieders staan vaak welwillend tegenover het gezamenlijk nadenken over de ontwikkeling van domeinoverstijgende initiatieven. Maar in de praktijk wordt maar weinig bewegingsruimte ervaren om ook daadwerkelijk iets te ondernemen, en wordt ook al snel van anderen een actieve stap verwacht.

<sup>1</sup> De Social Trials waarin gedurende vier jaren wordt geëxperimenteerd in 8 regio's met de Sociale Benadering Dementie zijn opgenomen in het Programma Langer Thuis van VWS <https://tao-of-care.nl/sociale-benadering-dementie/social-trials>.

Domeinoverstijgende initiatieven hebben geen natuurlijke trekker, en in dit proces zien dan we dan ook dat het vaak lastig is om gezamenlijke financiering te realiseren. Het gevolg is dat initiatiefnemers een frustrerende lange periode in moeten gaan om van alle partijen commitment te krijgen. De lengte en stroperigheid van deze processen zijn vaak toch langer dan de adem van initiatiefnemers om aan de kar te blijven trekken.

***Mogelijke vervolgstappen:*** creëer experimenteeruimte voor domeinoverstijgende initiatieven; leer, evalueer en faciliteer opschaling. Zet hierbij in op het faciliteren van een 'vloeiende' klantreis (van rondom diagnose tot na overlijden). We denken hierbij bijvoorbeeld aan het preventief inzetten van Wlz middelen, het creëren van prikkels en budget voor gemeenten om in te zetten op langer thuis wonen<sup>2</sup> en het inzetten van 'werk als medicijn'<sup>3</sup>. We geven nadrukkelijk in overweging om de manoeuvreerruimte van zorgkantoren niet te beperken tot cliëntondersteuning bij het aanvragen en voorbereiden van een indicatiebesluit. Uitbreiding naar (flexibele) ondersteuning, een 'vertrouwenspersoon' voor kwetsbare cliënten is zeer wenselijk. Het overhevelen van de extramurale Wlz naar de Zvw zien we niet als een oplossing voor de schottenproblematiek. Dit kan tevens leiden tot het vervroegen van opnames in het verpleeghuis dan wel oplopen van de wachtlijsten.

#### **D) Geef ruimte, maar haal ook negatieve prikkels uit het systeem**

Gericht en genuanceerd kijken naar waar en hoe onze zorg beter kan, leidt ertoe dat we ook prikkels uit het systeem moeten halen die betere zorg in de weg staan. Zo kennen vrijgevestigde specialisten een prikkel om te behandelen. Die prikkel moet weggenomen worden. Dat kan door specialisten te overwegen om in loondienst te gaan, maar kan ook door gerichte afspraken te maken tussen ziekenhuizen en medisch specialistische bedrijven (in onze ervaring is beide mogelijk). Daarnaast zien wij in de praktijk dat waar zorgaanbieders in samenspraak met verzekeraars een meerjarenbudget krijgen, investeringen in betere zorg vaker mogelijk zijn.

***Mogelijke vervolgstappen:*** verbeter de gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en medisch specialistische bedrijven.

#### **E) Faciliteer het speelveld met de juiste regelgeving**

Daar waar op regio niveau nieuwe oplossingen ontwikkeld en doorgevoerd moet worden ontbreekt het – zoals hiervoor vermeld- aan regie en de juiste prikkels. Er is behoefte aan meer integraliteit, slagkracht en bindende werking. Duidelijke spelregels zijn vereist, een verdeling van taken en verantwoordelijkheden, een heldere governancestructuur binnen de regionale samenwerking. Een samenwerkingsovereenkomst of de oprichting van een coördinerende entiteit kan faciliterend werken. De regiovisie (of beter gezegd: 'regiodeal') dient vertaald te worden naar concrete activiteiten door de zorgaanbieders. Daarbij is doorzettingsmacht vanuit deze entiteit noodzakelijk. Ter stimulering daarvan kan deze structuur en taakverdeling in wetgeving zoals de Zvw expliciet worden opgenomen.

In aanvulling daarop is het essentieel dat fiscale hindernissen zoveel mogelijk weggenomen worden. Veel initiatieven worden geblokkeerd door onnodige btw druk. Mobiliteit van personeel komt niet van de grond, het outsourcen van activiteiten wordt in de weg gestaan. Innovatie en preventie leiden tot ongewenste belastingplicht van

<sup>2</sup> In de Social Trials wordt door uitstel van opname in het verpleeghuis (gemiddeld nu 6,5 maand uitstel) een bate in de Wlz gerealiseerd, terwijl (extra) kosten in de eerste jaren van het ziekteproces in de Wmo en Zvw worden gemaakt. Duurzame mogelijkheden om deze ontwikkeling aan de voorkant te stimuleren ontbreken.

<sup>3</sup> Vergelijk het initiatief: Werk als beste zorg in onder meer de gemeente Dordrecht  
<https://www.allesisgezondheid.nl/nieuws/werk-als-beste-zorg/>

zorgaanbieders en meer inzet van bestaand personeel kan leiden tot verlies van essentiële toeslagen.

## 2.2 Behouden van toegankelijkheid en betaalbaarheid van medicatie

**De inrichting van inkoop van medicatie stimuleert beperkt inzet op gepast gebruik**  
Nederland spendeerde in 2018 ongeveer €6,7 miljard aan medicatie, waarvan €2,3 miljard aan dure medicatie binnen de MSZ<sup>4,5</sup>. Tussen 2012 en 2018 steeg het aandeel geneesmiddelen binnen de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg van 6,8% naar 9,5%<sup>6</sup>. De verwachting is dat die toename doorzet, wat zijn weerslag zal vinden in afnemende budgetten voor de 'overige' MSZ kosten. Overheid en zorgverzekeraars zetten in op het remmen van de uitgaven aan dure medicatie<sup>7</sup>.

De medicatie-markt is sterk internationaal georiënteerd. Dat betekent dat farmaceuten medicatie verkopen in landen waar de hoogste marge is te behalen. Met andere woorden: een te grote druk op het prijsniveau, kan Nederland minder aantrekkelijk maken als afzetmarkt. Farmaceuten zijn ook beducht om ("te") lage prijzen met een land af te spreken, omdat dit kan leiden tot prijsdruk in andere landen.

Om toch tot lagere kosten te komen, lijkt het dus logisch om niet (alleen) lagere prijzen te ambiëren, maar (ook) lagere volumes. Voor farmaceuten kan deze route interessant zijn, omdat zij wél leveringszekerheid kunnen bieden, tegen interessante prijzen. Deze route vraagt wel om ingewikkeld samenspel tussen verzekeraars en ziekenhuizen.

### **Illustratie anti-reumatica: gepast medicatiegebruik hoeft geen negatieve impact op de patiënt te hebben**

De geneesmiddelengroep anti-reumatica staat in Nederland op de tweede positie in termen van uitgaven dure medicatie (€588 miljoen van het totaal van €2,3 miljard). Recent onderzoek wijst uit dat stabiele reumapatiënten gemiddeld 20-40% minder medicatie nodig hebben dan de fabrikant indiceert<sup>8</sup>. Ervan uitgaande dat 75% van de reumapatiënten stabiel is en 30% minder medicatie nodig is, zou dat betekenen dat afbouw kan leiden tot een besparing van €132 miljoen. Deze afbouw leidt in principe niet tot een verslechtering van de situatie van de patiënt aangezien deze ook met afbouw stabiel blijft.

### **Verzilveren van deze mogelijkheden vereist een nieuwe vorm van samenwerking**

De complexiteit bij het realiseren van lagere volumes is dat de financiële belangen voor betrokken partijen significant en niet gelijkgericht zijn. De uitdaging is om belangen beter op elkaar aan te laten sluiten. Hoewel de context per type medicatie (e.g.: add-on,

<sup>4</sup> SFK - <https://www.sfk.nl/publicaties/data-en-feiten/data-en-feiten-2019>.

<sup>5</sup> NZa - <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/05/11/monitor-geneesmiddelen-medisch-specialistische-zorg-2020>.

<sup>6</sup> De toename wordt gedreven door toenemende levensverwachting, toelaten van nieuwe medicijnen en indicatie uitbreiding.

<sup>7</sup> Financiële arrangementen vanuit VWS hebben in 2018 geleid tot een besparing op intramurale geneesmiddelen van €151 miljoen terwijl verzekeraars tussen 2013-2018 steeds beter in staat zijn geweest een lager tarief te vergoeden (contractprijs) dan maximaal is toegestaan (NZa-maximumtarief).

<sup>8</sup> Verhoef et al (2017) bDMARD Dose Reduction in Rheumatoid Arthritis, *Rheumatol Ther* 4:1 -24.

specialistisch, niet-specialistisch) verschilt, is de complexiteit overal min of meer hetzelfde:

- Aanbieders (ziekenhuizen en apotheken) worden niet of in beperkte mate geprikkeld om maatschappelijke kosten te besparen (PxQ contracten). Prijsafspraken met farmaceuten prikkelen lagere volumes niet (d.m.v. staffelkortingen). Het benodigde wetenschappelijk onderzoek om de kwaliteit van lagere volumes aan te tonen, wordt niet of nauwelijks vergoed. De ontstane marge op medicatie wordt vaak ingezet voor (structurele) zorginnovatie.
- Patiënten houden over het algemeen vast aan bestaande dosering, omdat zij geen wetenschappelijk bewijs zien dat lagere dosering leidt tot dezelfde kwaliteitsuitkomsten.
- Verzekeraars hebben binnen de context van medicatie onvoldoende informatie om effectief te kunnen sturen op zowel prijs als volume<sup>9</sup>. Aanbieders kunnen of mogen informatie over prijzen vaak niet delen, omdat dit onderdeel is van geheimhoudingsplicht en/ of stuit op mededingingsregels.

Het resultaat van deze tegenstelling is bekend: maatschappelijke kosten voor medicatie zijn hoog. In onze optiek is het mogelijk een setting te creëren waarbij aanbieders en verzekeraars samenwerken om volumes te verlagen door *shared savings* afspraken. De *shared savings* moeten marge genereren zodat volumedaling niet leidt tot negatieve financiële gevolgen voor de aanbieder. Dit vereist een derde partij die wél zicht heeft op de belangen van aanbieders, maar óók de opdracht krijgt van verzekeraars om tot lagere totale kosten te komen.

Wanneer de randvoorwaarden zijn gecreëerd is het tijd voor inhoudelijke lading van besparingsmogelijkheden. Dit kan georganiseerd worden door specialisten en apothekers te vragen op basis van hun vakinhoudelijke kennis ideeën aan te dragen bij een investeringscomité. Als een idee wordt goedgekeurd en omgedoopt tot initiatief ontvangt de indiener financiële ruimte om de pilot te bekostigen en de resultaten hiervan te publiceren – zo wordt doelmatigheidsonderzoek gestimuleerd en de basis gelegd om succesvolle interventies breder uit te rollen.

Mogelijke vervolgstappen: verken met enkele (grote) aanbieders en verzekeraars mogelijkheden om door middel van *shared savings* afspraken i) de totale kosten van medicatieverbruik te laten dalen, ii) aanbieders te ondersteunen in de financiële gevolgen en iii) bewijslast te organiseren zodat patiënten met het volste vertrouwen medicatiedosering kunnen afbouwen.

### 2.3 Aanpakken van arbeidsmarktproblematiek

Bij ongewijzigd beleid zullen zorgvolumes blijven stijgen vanwege technologische vooruitgang, sub-specialisatie en de daarbij behorende minimale schaal, en toenemende kwaliteitseisen. Door inzet op zinnige zorg kunnen we volumes verlagen: voorbeelden van Bernhoven en Rivas laten zien dat 20% lagere volumes mogelijk zijn in de ziekenhuissetting (dit is door CPB en IQ Healthcare gevalideerd<sup>10</sup>). Inzet op zinnige zorg (waarbij differentiatie wordt toegepast op bovengenoemde setting van de zorg) is een belangrijke draaiknop om het arbeidsmarktprobleem aan te pakken.

<sup>9</sup> Zoals bijvoorbeeld inzetten op preferentiebeleid bij specialistische geneesmiddelen (wat wordt ervaren als 'op de stoel van de specialist gaan zitten' en relatief makkelijk te omzeilen is voor specialisten).

<sup>10</sup> <https://www.cpb.nl/evaluatie-programmas-beatrixziekenhuis-en-bernhoven>.



Met het oog op de arbeidsmarktproblematiek is inzet van 'nieuwe' professionals in de zorg en ondersteuning van groot belang. Ook goede verbindingen tussen formele zorg en informele zorg dragen bij aan het arbeidsmarkt vraagstuk. Als voorbeeld: In de Social Trials voor mensen met dementie en naasten wordt een aanzienlijk deel van de werkzaamheden uitgevoerd door professionals zonder zorgachtergrond. Daarnaast wordt ondersteuning ingezet door studenten, vrijwilligers en statushouders. Zij zijn zeer goed in staat om vanuit de Sociale Benadering Dementie aan te sluiten op de behoeften van mensen met dementie en naasten (ze hoeven niets 'af te leren'). Op dit moment ervaren we echter aanzienlijke belemmeringen op basis van de bestaande betaaltitels te kunnen declareren voor de zorg en ondersteuning geleverd door 'nieuwe' professionals.

*Mogelijke vervolgstappen:* faciliteer in de huidige betaaltitels de inzet van bekwame professionals zonder zorgachtergrond<sup>11</sup> evenals de inzet van ervaringsdeskundigen (ook in de ouderenzorg). Fiscale belemmeringen dienen daar waar relevant te worden weggenomen.

### 3. Tot slot

Voor elke type zorg zijn andere randvoorwaarden nodig om het juiste speelveld te creëren voor innovatie van zorg. Die randvoorwaarden bestaan uit (het uitschakelen van verkeerde) financiële prikkels, (domeinoverstijgende) samenwerking, fiscale en juridische regelgeving, structurele- en opstartfinanciering, en informatiedeling.

Mocht u naar aanleiding van het bovenstaande nadere informatie wensen, dan bent u van harte uitgenodigd contact met ons op te nemen.

Namens het PwC Healthcare team,

Willeke Bakker  
[willeke.bakker@pwc.com](mailto:willeke.bakker@pwc.com)  
06 10 89 31 82

---

<sup>11</sup> We zien onder meer dat de Beleidsregel Verpleging en Verzorging BR/REG-20109 in de Zvw hierin beperkend werkt.