

ZORGSTELSEL 2020 - 2025

**Seijgraaf Consultancy
November 2016**

**Mr. R.P. de Graaff
Mr. B. van der Kamp
Drs. P.A.J. Folkeringa
Drs. W.F.M. Spee**

Inleiding

In deze notitie beschrijven we de mogelijke toekomstige ontwikkelingen in het zorgstelsel, vanuit de gedachte dat we als Seijgraaf Consultancy en als IHC sarl Switzerland een visie hebben en vanuit die visie onze relaties kunnen adviseren.

Wat we beschrijven en wat we verwachten voor de komende 5 tot 10 jaren is een totale 'game-changer'. Van collectief gefinancierde zorg naar privaat gefinancierde zorg, van solidariteit naar eigen verantwoordelijkheid. Geleidelijk, niet abrupt, stap voor stap, gaan we naar een zorgsysteem waar eigen verantwoordelijkheid een steeds grotere rol zal gaan spelen met als consequentie dat we van een zorgverzekeringssysteem naar een zorgfinancieringssysteem zullen gaan. Maar ook dat de lijdelijke patiënt een leidende consument gaat worden.

De financiering van de onverzekerbare risico's zal uitgevoerd worden door een opnieuw uit te vinden regionaal of nationaal ziekenfonds. Gemeenten zullen hun oude verantwoordelijkheden op het gebied van collectieve en individuele preventie terug gaan nemen. Bedrijven zullen voor hun werknemers voorzieningen willen treffen en zullen daarvoor eigen verzekeringen willen gaan ontwikkelen. Voorzienbare risico's kunnen verzekerd worden bij private verzekeraars. In de markt van private verzekeraars zullen nieuwe 'onderlinge waarborgmaatschappijen', georganiseerd vanuit maatschappelijke groeperingen, weer ontstaan.

Voor fabrikanten en leveranciers van gezondheidszorgproducten en diensten gaat er veel veranderen. Met name voor die onderdelen van de zorg, waar eigen verantwoordelijkheid kan worden genomen en waar sprake is van een relatief lage ziektelast, zullen fabrikanten en leveranciers te maken gaan krijgen met zelf betalende consumenten. Dat is de grote game-changer.

In deze notitie zullen we deze game-changer verder toelichten

Nederland leidend in internationale samenwerking

We zijn geneigd aan te nemen dat wat er in Nederland gebeurt niet de grens over gaat. Het tegenovergestelde is eerder waar. Ontwikkelingen in de proeftuin Nederland worden elders met belangstelling gevolgd. Voor fabrikanten en leveranciers die internationaal actief zijn is het een must de ontwikkelingen hier te monitoren en te vertalen naar de eigen activiteiten en investeringen op termijn.

Internationale samenwerking staat hoog op de agenda. Zowel het Ministerie van VWS als ZIN (Zorginstituut Nederland) ontplooiën initiatieven die van grote invloed kunnen zijn niet alleen voor het Nederlandse zorgsysteem, maar ook voor de zorgsystemen in andere Europese landen. Een drietal voorbeelden zijn:

- Voortzetting door ZIN van het SEED project, een project waar health technology uitkomsten worden gedeeld door nationale autoriteiten zoals HAS, GB-A, HVB, IQWIG, NICE en KCE om er een paar te noemen.
- Gemeenschappelijke ontwikkeling door ZIN en KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) uit België van toekomstscenario's voor de ontwikkeling en prijszetting van geneesmiddelen, in dank aanvaard door de Belgische en Nederlandse ministers van Volksgezondheid¹.

¹ Toekomstscenario's voor de ontwikkeling en prijszetting van geneesmiddelen, KCE en ZIN, 23 juni 2016

- Medio juni 2016 sluit Oostenrijk zich aan bij het samenwerkingsverband van Nederland, België en Luxemburg, dat opgericht is om gezamenlijk prijsonderhandelingen te gaan voeren met farmaceutische bedrijven, informatie uit te wisselen en samen te werken bij de uitdagende ontwikkelingen rond geneesmiddelen².

Conclusie:

Recente ontwikkelingen geven aan dat wat zich in Nederland gaat voltrekken de komende jaren, het buitenland niet zal ontgaan. Een tijdig waarnemen en adequaat voorbereiden is geboden.

1. Factoren die van invloed zijn op de huidige situatie

Politieke ontwikkelingen

De gebeurtenissen in het najaar van 2016 zullen van grote invloed zijn op de politiek van de komende jaren. Een belangrijke beleidswijziging is te verwachten op de terreinen van veiligheid en defensie en dientengevolge ook op de terreinen van sociale zekerheid en gezondheidszorg. Een verandering in de politiek zowel in de USA als in Rusland heeft gevolgen voor Europa: de USA investeerde in veiligheid en niet in sociale ontwikkelingen. Dat gaat veranderen, waardoor Europa meer in veiligheid zal moeten investeren waardoor minder geld voor sociale bestedingen beschikbaar zal zijn. Daarnaast is het nog onzeker wat de gevolgen van de Brexit zullen zijn voor de stabiliteit van de Europese politiek en economie.

Conclusie:

Gezien de ontwikkelingen in Europa zal veiligheid en defensie zeer hoog op de politieke agenda moeten komen en zal een belangrijk zo niet het belangrijkste thema van de verkiezingen van voorjaar 2017 gaan worden.

Sociale ontwikkelingen

De tot nu toe kenmerkende solidariteit in de Europese sociale zekerheid, vastgelegd in verdragen, grondwetten en nationale regelgeving staat onder druk. Individualisering van pensioenen is de eerste uiting van afnemende solidariteit en het verschuiven naar individuele verantwoordelijkheid voor de oude dag. Verminderde uitkeringen bij werkloosheid zorgen bedoeld of onbedoeld voor een toename van het aantal zelfstandigen zonder sociale vangnetten. Het geeft aan dat het hebben van werk en inkomen een grotere eigen verantwoordelijkheid met zich meebrengt en niet of minder kan worden teruggevalen op het collectief.

Bevolkingsontwikkeling in Nederland

De huidige bevolkingsomvang is 17.039.654. Prognoses laten zien dat de bevolking blijft groeien naar 17.837.003 in 2030 en 18.146.753 in 2050. Een deel van die groei is toe te schrijven aan de toename van het aantal allochtone Nederlanders door de instroom van immigranten. De verwachte instroom in 2016 is 240.000 personen. Afgezet tegen de uitstroom van 150.000 is er per saldo een toename te verwachten van 90.000. Dit zal in de daarop volgende jaren niet veel anders zijn.

² Oostenrijk sluit zich aan bij geneesmiddelencoalitie, Nieuwsbericht Ministerie van VWS, 17-06-2016

De instroom van personen in de nationale sociale zekerheid stelsels die wel ontvangen maar niet bijdragen en de uitstroom van mensen die (gedeeltelijk) nog aanspraak kunnen maken op de Nederlandse zorgverzekering (indien men recht heeft op pensioen of een uitkering uit Nederland) zal het systeem van solidariteit verder onder druk gaan zetten. Deze druk wordt verder verhoogd door de vergrijzing. Deze vergrijzing brengt met zich mee dat er meer vraag naar zorg komt.

Daarnaast is, zoals gemeld, al jaren een proces van versoering van de sociale zekerheid aan de gang. Dit proces zal worden versneld onder druk van de keuzes die de komende jaren gemaakt gaan worden. De gezondheidszorg, de grootste kostenpost, is in vergelijking tot de sociale zekerheid (afschaffen ANW, beperking WW uitkeringen, beperken ZW) tot nu toe gespaard gebleven van grote ingrepen. Integendeel, de kosten van de gezondheidszorg nemen nog ieder jaar toe. Dat gaat veranderen.

Conclusie:

Individuele verantwoordelijkheid wordt groter en er zal minder collectief geregeld zijn.

Technische ontwikkelingen

Er gebeurt heel veel en heel snel ook. Big data, nanotechnologie, gen technologie, imaging, the internet of things, robotisering, 3-d printing, virtual reality en augmented reality zijn zaken die de wereld in een rap tempo doen veranderen. Farmaceutische bedrijven en informatie giganten werken samen aan de ontwikkeling van implanteerbare biomedische tools die in het lichaam meten. We weten meer dan vroeger en we kunnen nog veel meer gaan meten en weten de komende jaren. Dat heeft gevolgen voor de voorspelbaarheid van gezond of ziek zijn. Voorspelbaarheid heeft ook gevolgen voor de financiering van de gezondheidszorg: immers, alleen onverwachte en onvoorzienbare zaken zijn verzekeraar.

Als de technologie bestaat zullen mensen er gebruik van willen maken. Ook dit betekent meer druk op de gezondheidszorg of het zoeken naar alternatieve manieren om er gebruik van te kunnen maken.

Conclusie:

Op het gebied van gezondheid zal veel voorzienbaar en te voorkomen zijn. Dit ondersteunt het verschuiven van collectief zorgen naar individueel handelen.

2. Kostenontwikkeling

Nederland heeft volgens sommige internationale onderzoeken de beste zorg in Europa en volgens andere internationale onderzoeken zitten we ergens op het Europese gemiddelde, maar één ding is zeker: wij hebben, in vergelijking met de rest van Europa, kostbare gezondheidszorg.

Het is alom bekend dat bij ongewijzigd beleid de kosten voor de zorg de komende jaren fors gaan stijgen. Percentages van een groei tot 40% van ons nationale inkomen zijn gepresenteerd. Vergrijzing, meer diagnostiek, meer dure geneesmiddelen zijn nu al te duiden als veroorzakers van de groei. Sinds oktober 2007 zijn de prijzen van 'merk' medicijnen de lucht in gegaan, bij tientallen gevestigde namen onder de medicijnen zelfs verdubbeld³.

Als de politiek de door ons voorziene weg van meer focus op veiligheid en defensie op gaat, is groei in de zorg niet meer aan de orde en zal beperking eerder het motto zijn. De collectieve financiering komt onder druk te staan. Er zal gewoonweg minder geld te besteden zijn.

³ Big Pharma's favorite prescription: Higher Prices, Bloomberg.com, May 9 2014

3. Veranderende inzichten

Efficiencyslagen in de gezondheidszorg leveren niet veel meer op. Prijzen zijn zonder ingrijpen op overheidsniveau nagenoeg niet omlaag te krijgen. Kosten verlagingen moeten dus op een andere manier tot stand komen.

Kosten kunnen worden bespaard door versoering van het pakket. We bedoelen daarmee besparing voor de collectieve financiering. Voor de individuele gebruiker blijft het een kostenpost. Versoering van het pakket op nationaal niveau is mogelijk door toedoen van Zorginstituut Nederland ZIN, door bestaande vergoede behandelingen te schrappen, maar ook door nieuwe behandelingen niet of met vertraging toe te laten tot het pakket. Dit speelt met name bij zorg die (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Schrappen in het pakket zorgt voor problemen in de relatie van de zorgaanbieder met de patiënt. Niet of verlaat toelaten tot het pakket beperkt het behandelarsenaal en is een onverwachte rem op vernieuwing.

Versoering van het pakket op het niveau van de zorgverzekeraar is eveneens mogelijk. Ook een zorgverzekeraar kan het instrument van het niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk inzetten.

De inkoopende zorgverzekeraar heeft ook de mogelijkheid om bepaalde zorgvormen niet in te kopen en te vervangen door andere, min of meer gelijkwaardige, zorgvormen. Verder kan een zorgverzekeraar kiezen tussen de aanbieders van zorg. Voorkeurs- of preferentiebeleid is een bekend fenomeen. Hier kan een patiënt evenwel een verwijt treffen. De patiënt bepaalt de keuze van zijn zorgverzekeraar en zijn zorgpolis.

Conclusie:

$P \times V = S$. Prijzen worden niet beheerst, volume groeit autonoom en de schade wordt alsmar hoger. Verwijder zorg uit het collectief vergoede pakket en laat het over aan het eigen initiatief.

Pakket verantwoordelijkheid overheid

De overheid stelt de aard, inhoud en omvang van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) vast. In het besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) is de omschrijving van het basispakket neergelegd. De prestaties waarop een zorgverzekering aanspraak voor verzekerden moet bieden worden de 'te verzekeren prestaties' genoemd. Zorgverzekeraars moeten de 'te verzekeren prestaties' opnemen in de polis.

De omschrijving van de 'te verzekeren prestaties' kent de volgende opbouw: Artikel 10 van de Zvw bevat een opsomming van de te verzekeren risico's. Het betreft een globale typering van de prestaties waarop een zorgverzekering recht moet bieden. Het gaat ondermeer om de volgende te verzekeren risico's:

- geneeskundige zorg
- farmaceutische zorg
- hulpmiddelenzorg
- verpleging
- verzorging

De feitelijke uitwerking varieert per onderdeel (per zorgvorm) en kent twee uitersten: generiek omschreven prestaties (open systeem) en specifiek omschreven prestaties (gesloten systeem). Dit laatste betreft de limitatieve lijst van extramurale geneesmiddelen.

Sommige zorgvormen zijn door de wetgever bewust in algemene termen (generiek) omschreven. Bijvoorbeeld geneeskundige zorg. Voor het omschrijven van die zorg is er verder gebruik gemaakt van de formulering 'plegen te bieden'. Zo is bepaald dat 'geneeskundige zorg' zorg omvat zoals onder meer huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden. Verder geldt als nadere aanduiding dat de zorg moet voldoen aan 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Intramurale/specialistische medische hulpmiddelen vallen onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg en behoren derhalve tot deze categorie.

Generiek omschreven zorgvormen leveren een open systeem van te verzekeren prestaties op. Er vindt automatische in- en uitstroom van zorg in en uit het basispakket plaats. Zorg die medisch specialisten plegen te bieden en die voldoet aan 'de stand van de wetenschap en de praktijk' behoort tot de te verzekeren prestaties. Innovatieve zorg die op een gegeven moment aan die voorwaarden gaat voldoen (onder die generieke noemer valt), gaat als vanzelf tot de te verzekeren prestaties behoren. Voorafgaande toetsing en aanpassing van de regelgeving zijn daarvoor niet nodig. De gekozen wettelijke formulering zorgt er als het ware voor dat er altijd een actueel, de laatste ontwikkelingen volgend, verzekeringspakket bestaat.

Zoals gezegd, zijn de in de Zvw, het Bzv en de Rzv de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties omschreven en zijn de zorgverzekeraars verplicht deze in de polissen te vertalen naar verzekerde prestaties. De prestatiebeschrijvingen in de polissen zijn generiek omschreven en in de polissen is ook de 'stand van de wetenschap en de praktijk' als begrenzing van de aanspraken terug te vinden. Het is primair, aldus ZIN, aan de zorgverzekeraar om te beslissen of een bepaalde interventie onder de dekking van de polis valt. Eerder ingenomen standpunten van CVZ/ZIN, zoals gemeld gedaan in 2008 en 2012, zijn niet eeuwigdurend geldend. Ontwikkelingen na die datum van publicatie kunnen er toe leiden dat een ander standpunt kan worden ingenomen. Dat betekent dat de zorgverzekeraar in eerste instantie zelf nagaat of voldaan is aan het vereiste in de polis, waaronder de vraag of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Hiertoe is er voor de zorgverzekeraar een onderzoek plicht te onderkennen.

Conclusie:

Er is een systematiek om tot een oordeel te komen of zorg in de Basisverzekering vergoed kan worden of niet. Voor vergoede zorg zullen de eisen om vergoed te kunnen worden sterk toenemen en strikter worden toegepast.

Niet vergoeden beleid

Op basis van het hiervoor gestelde kunnen zorgverzekeraars bepalen of producten of diensten al dan niet kunnen worden vergoed. Een goed voorbeeld hiervan is de discussie over het op niet-vergoeden zetten van een aantal wondverzorgingsproducten. Wondverzorgingsproducten maken onderdeel uit van de hulpmiddelengroep Verzorgingsmiddelen. Stomaverzorgingsproducten maken ook onderdeel uit van deze groep. De door zorgverzekeraars ondernomen acties in de jaren 2011 (invoeren aanvraagformulier) en 2012 (herbeoordeling verbandmiddelen of het voldoet aan het criterium stand van wetenschap en praktijk) hebben geleid tot een forse afname van de gebruikers en een op zichzelf beperkte afname van de kosten:

2010 Verzorgingsmiddelen gebruikers:	1.320.400
2014	802.100

Kosten van €533 miljoen naar €515 miljoen.

Een door ons in 2015 gehouden enquête onder 10 fabrikanten die medische hulpmiddelen leveren (8 fabrikanten met extramurale hulpmiddelen, 2 fabrikanten met intramurale hulpmiddelen) levert de volgende resultaten op.

Op de vraag wat denkt u dat er met de omzet gebeurt als de vergoeding van uw medisch hulpmiddel en die van vergelijkbare medische hulpmiddelen wordt stop gezet, is het antwoord:

Daling van de omzet met 0 tot 50%: 1 bedrijf
Daling van de omzet met 50 tot 70%: 2 bedrijven
Daling van de omzet met 70 tot 90%: 6 bedrijven
Daling 100%: 1 bedrijf

Op de vraag wat denkt u dat er met de omzet gebeurt als de vergoeding van uw medisch hulpmiddel wordt stop gezet en die van vergelijkbare medische hulpmiddelen worden niet stop gezet, is het antwoord:

Daling van de omzet met 0 tot 50%: 0
Daling van de omzet met 50 tot 70%: 2 bedrijven
Daling van de omzet met 70 tot 90%: 5 bedrijven
Daling 100%: 3 bedrijven

Het is duidelijk dat de fabrikanten het 'verzekeringseffect' onderkennen. Zolang de producten worden vergoed, is er een zekere markt. Niet meer vergoeden betekent een substantiële omzetsdaling. Maar hoe zal dat gaan?

Conclusie:
Geen terugbetaling, geen markt.

Lage ziektelast-benadering

Al in 2012 is de discussie gestart of aandoeningen met een lage ziektelast veeleer een ongemak zijn dan een ziekte⁴. Met als achterliggende gedachte om de kosten verband houdende met een ongemak voor eigen rekening te laten komen waardoor de collectieve uitgaven voor gezondheidszorg verlaagd zouden kunnen worden. Op basis van onderzoek zijn er een aantal aandoeningen benoemd als lage ziektelast, waaronder: urineweginfecties, urine incontinentie, onvruchtbaarheid, COPD, astma, longontsteking en acute bronchitis, infecties bovenste luchtwegen, oorpijn, gehoorstoornissen, spraakproblemen, hartfalen, ADHD, eczeem en tandverlies. De discussie heeft nog niet geleid tot een pakketbeperking omdat die stap te groot is gezien alle bezwaren: samenloop van veel lage ziektelasten, upcoding, zwaardere diagnoses etc.

Betere diagnostiek, meer inzicht in voorspelbaarheid gaan de komende jaren gekoppeld worden met het kunnen nemen van eigen verantwoordelijkheid. Lage ziektelast, gecombineerd met eigen verantwoordelijkheid, zal er toe gaan leiden dat pakketbeperkingen onvermijdbaar zijn.

Conclusie:
Wat je zelf kan oplossen, moet je zelf oplossen.

⁴ *Uitvoeringstoets lage ziektelast*, College voor Zorgverzekeringen, 5 maart 2012

4. Wat mogen we verwachten? Van zorgverzekering naar zorgfinanciering

Kostenbeheersing moet, dat is duidelijk. Politiek noodzakelijk. Pakket discussie is aanstaande, maar nog niet duidelijk langs welke weg de politiek dat zal gaan aanpakken.

Risico's zijn allang geen risico's meer. Ontwikkelingen als het beschikbaar zijn van big-data, DNA-onderzoeken en communicatie tools maken betere voorspellingen en diagnostiek mogelijk. Dat iemand ziek wordt weten we; enkel 'wanneer' nog niet.

Wat te vergoeden zorg is, is ruim gedefinieerd. Er is sprake van een open pakket. De overheid en de zorgverzekeraars zetten in op uitstroom om de zorg op termijn betaalbaar te houden. Burgers gaan dus steeds meer zelf betalen, zeker als ze zelf invloed hebben op het ontstaan van de aandoening zoals rokers bijvoorbeeld. Solidariteit van rijk voor arm, gezond voor ziek, jong voor oud is door de financiële druk van het grote en dure zorgpakket, naar wij denken, niet handhaafbaar. Dat is maatschappelijk niet gewenst en maakt het naleven van verdragen onmogelijk.

Verbetering van efficiency en het bedingen van lagere prijzen dragen onvoldoende bij. Het tegenhouden van zorginnovatie evenmin. Het anders denken over eigen verantwoordelijkheid van de burger mogelijk wel. De discussie over lage-ziektelast kan dan worden verbreed.

Op basis van onze inzichten is de volgende benadering van al of niet vergoeden van product of dienst, al dan niet met een lage-ziektelast, logisch te verwachten. Een matrix van vragen en antwoorden die leiden tot een antwoord vergoeden of eigen verantwoordelijkheid.

De eerste vraag luidt als volgt: is de aandoening

- (a) aangeboren
- (b) aangeleerd of
- (c) aangedaan?

Aangeboren is duidelijk. Aangeleerd is bijvoorbeeld alcohol gebruik, of roken. Aangedaan is iets dat door een derde partij wordt veroorzaakt.

Is er vervolgens binnen de gekozen categorie sprake van

- (1) voorzienbaarheid
- (2) vermijdbaarheid of
- (3) verwijtbaarheid?

Dan kan met het antwoord op deze vragen snel worden vastgesteld of er sprake is van een aandoening die ten laste van het collectief gefinancierde sociale verzekeringssysteem, dan wel voor eigen rekening dient te komen.

Willekeurige voorbeelden zijn: een erfelijke ziekte aangeboren, welke ziekte niet voorzienbaar was en niet te vermijden, dan is een collectieve financiering aan de orde. Een tijdens de zwangerschap aantoonbare aandoening, die te vermijden is, en het al dan niet daartoe besluiten is verwijtbaar te noemen, dan zou de collectieve financiering wel eens niet van toepassing kunnen zijn. Ook de gevolgen van roken zijn voorzienbaar, vermijdbaar en verwijtbaar, enzovoort.

Indien de aandoening voor eigen rekening komt bestaat de mogelijkheid tot het afsluiten van een aanvullende verzekering. Een niet verplichte, private verzekering. Deze verzekeringen kunnen worden aangeboden door commerciële verzekeraars en er zullen zeker nieuwe partijen komen die op basis van 'populatie gebonden bekostiging' nieuwe onderlinge waarborgmaatschappijen oprichten.

Voor de vragen of een aandoening voorzienbaar, vermijdbaar en of verwijtbaar te noemen is, zal het kennisniveau van het individu daarop moeten aansluiten. Collectieve en individuele voorlichting zal daarvoor nodig zijn. Dit is preventie 2.0 Gemeenten zullen deze verantwoordelijkheid op moeten pakken, temeer daar gemeenten altijd het vangnet voor burgers in behoeftige omstandigheden zullen blijven. Er zal geïnvesteerd moeten worden om de eigen verantwoordelijkheid daar waar mogelijk ook echt te kunnen nemen. De vertaalslag van het brengen naar de burgers van nieuwe technologische ontwikkelingen die het de burger mogelijk maken keuzes te maken, wordt naar ons idee een kerntaak van gemeenten en niet van de uitvoerders van de collectieve zorgverzekeringen.

Gemeenten moeten in actie komen vanwege de hoge kosten en het belang dat ze hebben in gezonde inwoners. De kosten staan onder druk en er komt minder geld vanuit het rijk. Minima en de zwaksten worden zwaar getroffen door de eigen bijdragen Zvw en Wmo. Daardoor komen er meer zorgmijders en meer onvrede. Gemeenten hebben er door de participatiewet belang bij dat mensen gezond zijn om te werken, actief te blijven of te worden en stoppen met ongezond gedrag.

Als er in de toekomst nog meer zorg naar gemeenten gaat, wijkverpleging, ggz en de eerder genoemde 'ongemakken', wordt het voor hen interessant om, samen met partijen in de gemeente, bijvoorbeeld werkgevers, zelf polissen vorm te geven en zorg in te kopen. Gemeenten zien nu al dat mensen met eigen kracht, netwerk en eigen betaling alternatieven kiezen: het kan anders en goedkoper. Daar waar het netwerk ongemakken en zorg overneemt, zoals nu al te zien is in gelovige gemeenten, dalen de kosten en blijft de kwaliteit gelijk. Zelfredzaamheid en samenredzaamheid zullen dus steeds meer gemeengoed worden.

De gemeenten blijven verantwoordelijk voor de zwakkeren. Zij kunnen hierin maatwerk bieden. Doordat gemeenten gegevens kunnen krijgen over inkomen en vermogen kunnen zij via armoede beleid en bijzondere bijstand, belastingen en andere maatregelen mensen compenseren die eigen bijdrage, eigen risico en uit eigen zak niet meer kunnen betalen. Op die manier is er een vangnet.

Ook werkgevers zullen in actie gaan komen vanwege de hogere kosten en het belang dat ze hebben in gezonde werknemers. Ze kunnen zelf een polis beginnen en zorgen voor snelle behandeling, en vergoeding van de producten die nodig zijn voor productiviteit. Ze kunnen hierin samenwerken met gemeenten.

Gemeenten en bedrijven kunnen samen een vuist maken tegen zorgverzekeraars en op die manier worden zorgverzekeraars uitvoeringsorganisaties/administratiekantoren voor gemeentes en werkgevers.

Het pakket aan zorg kan blijven bestaan, collectieve financiering (een nationaal ziekenfonds is daarvoor voldoende) door middel van premies of belastingen maakt blijvend onderdeel uit van ons sociale systeem, maar de vraag of de eigen verantwoordelijkheid een beroep op de collectief gefinancierde zorg kan voorkomen is duidelijker te beantwoorden. Het zorgverzekeringssysteem verandert voor een groot deel in een zorgfinancieringssysteem.

Een nationaal ziekenfonds voor onverzekerbare risico's, gemeenten verantwoordelijk voor preventie 2.0 en private aanbieders van verzekeringen voor verzekerbare risico's zullen het toekomstige landschap bevolken. Niets nieuws, maar wel anders.

5. Tijdspad, de jaren 20

Verkiezingsprogramma's worden gemaakt voor de verkiezingen voor de Tweede Kamer in het voorjaar 2017. In de aanloop naar de verkiezingen wordt nog niet gesproken over de moeilijke keuzes en, volgens goed gebruik, worden zware thema's niet besproken maar geregeld na de verkiezingen. Het is daarom dat we verwachten dat in de tweede helft

van 2017 en in 2018 de thematiek van 'hoe de gezondheidszorg om te vormen' pas gaat spelen.

In 2018 wordt de aanzet gegeven voor veranderingen die in 2019 een parlementaire meerderheid zullen krijgen. Veranderingen die vanaf 2020 geleidelijk aan worden ingevoerd.

In 2025 zullen de veranderingen compleet zijn doorgevoerd.

Conclusie:

2020 is dichtbij. Wil een organisatie inspelen op een verandering van zorgverzekering naar zorgfinanciering of van lijdelijke patiënt naar leidende consument dan zal men ook rekening moeten houden met een transitietermijn van enkele jaren.

6. Gevolgen voor onze relaties, fabrikanten en distributeurs

Het is bekend dat de gemiddelde doorlooptijd van het hebben van een idee voor een nieuw product tot het ingebed zijn in het huidige zorgsysteem, 17 jaar is. Een idee dat in 2016 ontstaat, zal in 2033 in het systeem zijn verankerd. Echter, wij verwachten dat het systeem in 2033 volstrekt anders zal zijn vormgegeven. De collectieve financiering zal zijn teruggedrongen tot zorg die niet voorzienbaar, vermijdbaar en of verwijtbaar is. Niet verzekerbare zorg zal Uit Eigen Zak (UEZ) moeten worden betaald. Als we de combinatie van lage-ziektelast en eigen verantwoordelijkheid maken, zullen veel producten en diensten uit de vergoeding gaan. Uit de vergoeding gaan betekent (1) het missen van het verzekeringseffect en (2) een verschuiving van de traditionele distributie kanalen naar de consumenten markt. Van reimbursed (vergoeding) naar OTC (over the counter).

Producten die wij geheel of gedeeltelijk uit de vergoeding zien gaan, zijn bijvoorbeeld:

- Verzorgingsmiddelen (stoma, incontinentie en wondzorg);
- Orthesen en schoenvoorzieningen;
- Auditieve hulpmiddelen;
- Visuele hulpmiddelen;
- Diabetes hulpmiddelen;
- Transportondersteuners bloed en lymfe;
- Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen;
- Geneesmiddelen op voorschrift van de huisarts samenhangend met lage-ziektelast;
- Ziekenhuisbehandelingen samenhangend met lage-ziektelast.

Een reimbursed markt kent patiënten die lijdelijk zijn. Er is een voorschrijver, een contracterende zorgverzekeraar en een gecontracteerde distributeur die zich aan allerlei ge- en verboden moet houden.

Een OTC markt kent consumenten die leidend zijn. Men kiest zelf waar men wat gaat aanschaffen.

Het verschil is dat de industrie thans werkt met de benadering van voorschrijvers en behandelaars en min of meer gespecialiseerde distributeurs in een overzichtelijke en besloten markt. In de zeer nabije toekomst zal er voor een aantal genees- en hulpmiddelen gewerkt moeten gaan worden met de 'Carrefours en Bol.com's' van deze wereld. Volstrekt anders en het gebrek aan merkbekendheid zal menige fabrikant opbreken.

Qua regelgeving zal het ook anders gaan. Voor de collectief gefinancierde markt zullen instituten als Nza, ZIN en VWS van belang blijven en wetten als WMG, Zvw, Wmo en

Wlz. Deze markt betreden zal steeds moeilijker worden gezien de toenemende eisen en verplichtingen.

Voor een consumenten markt zijn daarentegen de Voedsel en Waren autoriteit en consumenten wetgeving van belang. Eenvoudiger, sneller maar meer concurrerend.

7. Wat moet er gebeuren?

Fabrikanten moeten een nieuwe focus krijgen, gebaseerd op de verandering van lijdelijke patiënt naar leidende consument.

In de periode 2020-2025 zal de collectieve financiering fors zijn verminderd en de UEZ betalingen navenant zijn toegenomen. Het privaat verzekeren van deze zorg is een mogelijkheid en het is een belang voor de verzekeraar om iets te verzekeren te hebben. Het is ook een belang voor de fabrikant om zijn producten verzekerd te hebben. Een toekomstige samenwerking van industrie en verzekeraars zien wij zitten. Een investering in die relatie is noodzakelijk.

Gezien de verschillende pathways qua regulatory en reimbursement voor wat betreft vergoede producten en OTC producten zal een fabrikant zich bijtijds moeten realiseren dat zijn marketing en sales model aanpassing behoeft. Dat kan verandering van personele inzet met zich brengen. Een proces van vernieuwing van mindset en van de workforce duurt jaren en die tijd zal er niet echt zijn.

Fabrikanten moeten zich realiseren dat de strijd om het schap van de supermarkt een andere is dan de strijd om het contract met de zorgverzekeraar. Ook dat het in het schap zal gaan om het A-merk of het generieke huismerk en niet om het preferentie beleid zoals we dat nu kennen.

Kortom, een consumenten markt is voor veel bedrijven nog een blackbox.

Seijgraaf Consultancy en IHC sarl Switzerland gaan inzetten op de komende veranderingen en gaan proberen bedrijven op boardroom niveau te informeren. Daarnaast blijven we de concrete diensten als begeleiding bij de regulatory en reimbursement procedures bieden. Nieuw is de begeleiding naar een consumenten markt, met alles erop en eraan.

November 2016

Seijgraaf Consultancy BV
Kadijk 15A
2104 AA Heemstede
023 5292781
info@seijgraaf.nl
www.seijgraaf.nl