

Naar zorg op maat – met een actief betrokken zorgconsument

G. Irwin is senior partner bij adviesorganisatie Booz & Company en werkt vanuit New York. J. Topdjian en A. Kaura zijn partner bij Booz & Company en werken vanuit New York resp. Chicago.¹

De consument speelt in diverse sectoren van het economisch leven een steeds actievere rol – denk aan bankieren of winkelen via internet. Ook in de zorg zal de individuele consument steeds meer verantwoordelijkheid krijgen en nemen voor de eigen gezondheid en medische zorg. Daarmee kan de grote transformatie worden ingezet die de zorg nodig heeft.

1. Ook bijgedragen aan dit artikel hebben senior partner Gary Ahlquist, partner Michael Ruhl en senior associate Nate Holobinko van Booz & Company. Correspondentie via gil.irwin@booz.com, jack.topdjian@booz.com of ashish.kaura@booz.com.

2. 'Blue Cross Blue Shield Association' (BCBSA): federatie van 38 Amerikaanse ziektekostenverzekeraars bij welke ruim 99 miljoen Amerikanen direct of indirect verzekerd zijn voor hun ziektekosten; bron: Wikipedia. (Noot v. vert.)

3. Medicare: ziektekostenverzekering van de Amerikaanse federale overheid voor Amerikanen van 65 jaar en ouder alsmede bepaalde andere doelgroepen; bron: Wikipedia. (Noot v. vert.)

De locatie is een winkelcentrum in een buitenwijk aan de westkant van de stad Harrisburg, in de Amerikaanse staat Pennsylvania. Daar kan, ingeklemd tussen een damesmodezaak, een winkel voor huisdierbenodigdheden en een tandartsenpraktijk, een glimp worden opgevangen van de toekomst van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten: Highmark Direct. Deze winkel, geopend in 2009, maakt deel uit van een kleine keten van negen zorgverzekeringwinkels verspreid over de staat Pennsylvania. De keten is eigendom van en wordt aangestuurd door Highmark Inc., de op drie na grootste ziektekostenverzekeraar in de Blue Cross and Blue Shield Association.² Highmark is een gediversifieerde zorgverlener met 4,9 miljoen leden in de staten Pennsylvania, West-Virginia en Delaware en heeft een jaaromzet van 14,8 miljard dollar.

De winkels van Highmark vormen een direct verkoop/distributiekanaal in de groeiende Amerikaanse markt voor individuele zorgverzekeringen. Deze markt is om een aantal redenen in beweging: de overheid hervormt het zorgstelsel en werkgevers zitten krap bij kas, waardoor zij de verantwoordelijkheid voor en kosten van de ziektekostenverzekering steeds meer overdragen aan hun medewerkers. De consument kan gewoon binnenlopen bij de winkels van Highmark of zich er op afspraak laten voorlichten over de vaak zo complexe materie van een zorgverzekering. De vertegenwoordiger in de winkel helpt de klant om te

bepalen welke dekking hij nodig heeft. Vervolgens kan hij ook helpen om een polis aan te vragen. Voor ouderen worden er in de winkel presentaties gegeven waarin wordt uitgelegd voor welke ziektekosten zij wel en niet verzekerd zijn via Medicare.³ Aangesloten verzekerden kunnen zich in de winkel laten informeren over de programma's die Highmark aanbiedt om de eigen gezondheid op peil te houden. Via zelfbedieningskiosken en beeldtelefoon kunnen ze er ook contact opnemen met de klantenservice van de onderneming. Ook enkele andere Amerikaanse zorgverzekeraars hebben in de afgelopen paar jaar eigen winkels geopend. Een ervan is Florida Blue, dat net als Highmark is aangesloten bij de Blue Cross and Blue Shield Association. Florida Blue heeft elf winkels, verspreid over de hele staat Florida. Nog een voorbeeld is United Healthcare. Deze zorgverzekeraar opende in oktober 2012 dertig tijdelijke verkooppunten ('pop-up stores') en meer dan veertienhonderd kiosken in winkelcentra. Deze verzekeraars worden tot deze stappen gestimuleerd door een aanzwellende trend die zich ook in de zorg in rap tempo aan het ontwikkelen is tot de norm: 'consumerization', ofwel meer invloed voor de consument – de zorg wordt steeds meer een consumentenartikel.

Zorgwinkels zijn slechts één van de uiterlijke kenmerken van deze ontwikkeling. Verzekeraars, zorginstellingen en farmaceutische bedrijven nemen nog allerlei andere initiatieven die in dezelfde

richting wijzen. 'Accountable Care Organizations' (ACO's) beginnen bijvoorbeeld de beloning voor de arts te koppelen aan de gezondheid van hun doelgroep. Er worden 'zorgbundels' aangeboden: combinaties van medische zorg, verzekering en ondersteuning voor een gehele zorgperiode of aan-doening – bijvoorbeeld een nieuwe knie of bypass-operatie – tegen een vast tarief, afgestemd op het risico. Met zorgverleners worden contracten afgesloten waarbij zij een vast bedrag per patiënt per jaar krijgen, ongeacht hoeveel zorg individuele patiënten nodig hebben. Dit zijn slechts enkele 'tekenen aan de wand' van de transformatie naar volstrekt nieuwe spelregels die de zorg momenteel doormaakt.

Het begrip 'consumerization' heeft een aantal verschillende betekenissen. Wij gebruiken het hier echter als aanduiding voor de omslag in een bedrijfstak die van oudsher een zakelijk karakter heeft gehad (verkoop aan zakelijke klanten, of B2B) maar in toenemende mate het grote publiek gaat bedienen (verkoop aan consumenten, of B2C). De zorgsector is tot nu toe altijd een B2B-markt geweest: de zaken worden gedaan tussen grote werkgevers, geldschieters, aanbieders en farmaceutische bedrijven. De particulieren die verzekerd zijn en worden behandeld zijn nauwelijks betrokken bij de keuzen omtrent hun eigen zorg en de kosten ervan. In de komende jaren zal de zorg zich echter gaan ontwikkelen tot een B2C-sector. De consument zal een veel actievere rol gaan spelen in de besluitvorming over de eigen zorg en zorgkosten. Dit betekent dat iedere onderneming en organisatie in de zorg de consument veel meer dan voorheen centraal zal moeten gaan stellen. Het speelveld wordt opnieuw ingedeeld, en er zullen winnaars en verliezers zijn. Hoe de verschillende partijen zich door alle veranderingen heen slaan, wordt bepaald door de wijze waarop zij hun 'kaarten' spelen.

De ingezette transformatie van de zorg vloeit voort uit de toestand waarin de zorgstelsels wereldwijd verkeren: hoge kosten, beperkte beschikbaarheid van zorg, onbevredigende resultaten. Het Amerikaanse zorgstelsel staat al jaren in de schijnwerpers om de verkeerde redenen: kostenstijgingen die in dubbele cijfers worden geschreven en ergernis bij patiënten over de complexiteit waarmee zij worden geconfronteerd. Recentelijk kwam daar nog eens de controverse bij over de Affordable Care Act (Wet betaalbare zorg). Ook de veel geprezen publieke zorgstelsels in landen als Canada en het Verenigd Koninkrijk komen echter

onder steeds grotere druk te staan. Het systeem van vaste budgetten en maximumvergoedingen in die landen kraakt in zijn voegen door de oplopende kosten van en de

vraag naar zorg. Het wordt ook in die landen steeds moeilijker om iedereen de zorg te bieden die zij geacht worden te

kunnen krijgen. Canada, bijvoorbeeld, hanteerde voor een nieuwe knie in 2011 een wachttijd van 182 dagen; een kwart van de patiënten werd dat jaar echter niet binnen die termijn behandeld. Ook de rechtvaardigheid komt onder druk te staan. In het Verenigd Koninkrijk ontwikkelt zich een secundair zorgstelsel, waardoor de vrees van een tweedeling in de zorg ontstaat. Allerlei particuliere ziektekostenverzekeraars, ziekenhuizen en zorgverleners spelen in op de vraag van consumenten die sneller geholpen willen worden en dat ook kunnen betalen.

Dan de ontwikkelingslanden. Die worstelden sowieso al met de uitdaging om grote delen van de bevolking elementaire medische zorg te kunnen bieden. Daar komt inmiddels een explosie van ziekten bij die men eerder met rijke landen zou associëren. De schaal van dit probleem blijkt bijvoorbeeld uit een studie uit 2011 van het World Economic Forum en de Harvard School of Public Health. In deze studie zijn de cumulatieve kosten in kaart gebracht van niet-overdraagbare aandoeningen als hart- en vaatziekten, chronische ademhalingsproblemen en kanker. Geschat werd dat die kosten in landen met een laag tot middelhoog nationaal inkomen tegen 2025 zullen zijn opgelopen tot zeven biljoen⁴ dollar. Ook diabetes is een groot probleem in ontwikkelingslanden: van de tien landen waar deze aandoening het meest voorkomt, liggen er vijf in het Midden-Oosten. Diabetes type 2 is verder de belangrijkste doodsoorzaak onder volwassenen in Mexico, en volgens de International Diabetes Federation hebben 92 miljoen mensen in China en 63 miljoen in India de ziekte. Door deze wereldwijde uitdagingen voor de volksgezondheid is duidelijk geworden dat de huidige inrichting van medische zorg tekortschiet. Het roer moet om. Al jaren wordt er nagedacht over een grotere rol voor de consument in de zorg. Nu worden zorginstellingen gedwongen om de daad bij het woord te voegen en de betrokkenheid van de consument bij zijn eigen gezondheid en zorg ook daadwerkelijk te gaan versterken. De Verenigde Staten geven de toon aan. Het Amerikaanse

In de komende jaren zal de zorg zich gaan ontwikkelen tot een B2C-markt

4. Ofwel 7.000 miljard; noot v. vert.

Hooggerechtshof heeft zich inmiddels achter de Affordable Care Act geschaard en president Obama is in 2012 herkozen. Daardoor is de facto een eind gekomen aan de discussie over de vraag

Ontwikkelingslanden beleven een explosie aan welvaartsziekten – diabetes type 2 is bijvoorbeeld de belangrijkste doodsoorzaak onder volwassenen in Mexico

of de zorg al dan niet moet worden hervormd. Het gaat er nu vooral om, hoe die hervorming ‘in het vat kan worden gegoten’. Als gevolg daarvan experimenteren Amerikaanse ziektekostenverzekeraars, zorginstellingen en de farmaceutische industrie met allerlei nieuwe modellen en technologieën. Andere zorgstelsels kunnen daar van leren.

Veel innovatieve oplossingen zijn bedoeld om de kosten van de zorg terug te dringen en betere zorguitkomsten te behalen. Die ideeën zijn in principe goed. Zo lang de consument echter niet centraal wordt gesteld in de zorg, zullen al die nieuwe benaderingen hun belofte vermoedelijk niet waarmaken. Een indicatie daarvoor is de ervaring van de zorgcontracterende ziektekostenverzekeraars in Amerika, de zogeheten ‘health maintenance organizations’ (HMO’s). In de jaren negentig wisten deze HMO’s tegen lagere kosten een zorg aan te bieden die de vergelijking met andere zorgconcepten kon doorstaan. Maar de HMO’s legden dwingend op bij welke instellingen hun leden terecht konden. Ook was er een limiet aan de zorg die verzekerden konden afnemen. Dit pikten mensen niet, met als gevolg dat veel HMO’s het niet hebben gered.

De les die we hieruit kunnen trekken is deze: om de structurele tekortkomingen van de zorg, zowel in de Verenigde Staten als elders, werkelijk te kunnen aanpakken, zal de sector de controle, het bewustzijn en het verantwoordelijkheidsgevoel bij de zorgconsument moeten versterken en ondersteunen. De digitale instrumenten die de consument meer invloed kunnen bezorgen – ‘big data’, ‘cloud computing’, elektronische communicatiekanalen en sociale media via welke zorg kan worden verstrekt – zijn al voorhanden. Vooruitstrevende managers kunnen ermee aan de slag gaan. Naarmate het aantal consumentgerichte initiatieven toeneemt en de effecten daarvan zich over de sector verspreiden, kan de kwaliteit van de zorg drastisch worden verbeterd en kunnen de kosten enorm worden teruggedrongen.

Invloed uitoefenen op het gedrag van de consument

Levensvatbare zorg vereist dat zorginstellingen zich fundamenteel anders gaan opstellen tegenover de rol van de zorgconsument. De zorgconsument oefent namelijk buitengewoon veel invloed uit op de vraag naar zorg en het resultaat van geleverde zorg. In de Verenigde Staten kan maar liefst veertig procent van alle sterfgevallen worden toegeschreven aan gedrag. Dat maakt gedrag tot een belangrijker gezondheidsfactor dan de genen, het milieu en de sociaal-economische situatie. Volgens de American Medical Association wordt bovendien een kwart van de totale kosten van medische zorg in de Verenigde Staten veroorzaakt door veranderbaar gedrag, zoals roken, te weinig lichaamsbeweging en slechte eetgewoonten.

Zijn mensen eenmaal ziek geworden, dan verergert hun gedrag de situatie vaak: veel patiënten kunnen of willen zich niet strikt houden aan de voorgeschreven therapie. Het Amerikaanse federale ministerie voor de volksgezondheid, het U.S. Department of Health & Human Services, heeft hier onderzoek naar laten doen. Naar schatting sterven er in de VS jaarlijks 125.000 mensen doordat ze hun therapie niet hebben aangehouden of het advies om minder vet en suiker te eten niet hebben opgevolgd. Volgens dezelfde studie kan een tiende van alle ziekenhuisopnamen hieraan worden toegeschreven. In een recente analyse hebben Booz & Company en de Bertelsmann Foundation gekeken naar de financiële consequenties in Europa van deze ‘therapie-ontrouw’ bij vijf specifieke chronische ziekten: hoge bloeddruk, astma/chronisch obstructieve longziekte,⁵ chronische rugpijn, depressie, en reumatoïde artritis. In dat onderzoek werd geconcludeerd dat ‘therapie-ontrouw’ bij deze vijf ziektebeelden leidt tot een jaarlijks productiviteitsverlies van tien tot twintig miljard euro in Duitsland, acht tot negentien miljard euro in het Verenigd Koninkrijk, en twee tot vier miljard euro in Nederland.⁶

Het gedrag van de zorgconsument beïnvloedt zowel de keuze van de zorg als die van de zorgverzekering. Volgens een enquête uit 2012 van ziektekostenverzekeraar Aetna Inc. vinden Amerikanen de keuze van een ziektekostenverzekering de op één na moeilijkste beslissing van hun hele leven. (Op één stond de keuze van een pensioenverzekering.) Ook bleek uit de enquête dat 43 procent van de consumenten zelden of nooit bijhouden wat zij uit eigen zak aan zorg betalen. De Amerikaanse consumentenbond Consumers Union onderzocht

5. COPD: chronic obstructive pulmonary disease.

6. Peter Behner, Ab Klink en Sander Visser (2012). ‘Unleashing the Potential of Therapy Adherence: High-Leverage Changes in Patient Behavior for Improved Health and Productivity’. Booz & Company, juli 2012.

in hoeverre Amerikanen in staat zijn om een ziektekostenverzekering uit te kiezen. Hun conclusie, vrijgegeven in januari 2012: 'Bijna alle respondenten worstelden met de vraag hoe zij uit de beschikbare mogelijkheden de beste verzekering konden kiezen. Respondenten hadden een geavanceerd beeld van de gewenste waarde maar wisten niet hoe ze de geboden dekking van verzekeringen moesten inschatten.' De Affordable Care Act is in de VS een eerste stap op weg naar een transparanter zorgproces voor de consument. De consument zal echter aanhoudende begeleiding en ondersteuning nodig hebben.

Het gedrag van de consument kan worden beïnvloed door hem of haar direct te prikkelen tot het gewenste gedrag. Een subtielere manier is echter om zijn keuzemogelijkheden anders in te richten. Dit laatste zou doeltreffender zijn dan directe gedragsprikkelers en wordt bepleit door de econoom Richard H. Thaler en de jurist Cass R. Sunstein in hun boek *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*.⁷ Hoe dan ook, gedragsbeïnvloeding is geen sinecure en vergt zeker een grotere inspanning dan de vier procent van de totale zorgkosten die er tot nu toe in de Verenigde Staten in worden geïnvesteerd.

Meer invloed voor de consument: de bouwstenen

Hoe kunnen zorgpartijen de consument een actievere rol laten spelen ten aanzien van zijn eigen gezondheid en zorg? Daar

zijn geen vaste principes of algemene successtrategieën voor. De verschillende zorgsectoren en zorgpartijen zullen ieder hun eigen weg moeten zoeken. Wel kunnen er drie algemene bouwstenen voor succes worden

benoemd: (1) product- en dienstenpakketten gebaseerd op een genuanceerd inzicht in de consument; (2) instrumenten en programma's waarmee de consument wordt betrokken bij de zorg en zijn gedrag kan worden beïnvloed, en die zorgverleners in staat stellen zorg zoveel mogelijk af te stemmen op en te coördineren rond de individuele patiënt; en (3) een klantervaring van begin tot eind die zorgt voor klanttevredenheid, vertrouwen en merkloyaliteit.

Bij de ontwikkeling van dergelijke producten en instrumenten zullen zorginstellingen nieuwe capa-

Alleen al in Nederland veroorzaakt therapie-ontrouw bij 5 chronische aandoeningen een productiviteitsverlies in de economie van € 2-4 miljard per jaar

Raamwerk voor patiënt-betrokkenheid

In november 2012 ontwikkelde het National eHealth Collaborative, een publiek-privaat samenwerkingsverband op het gebied van e-Health, een routekaart voor de digitalisering van de gezondheidszorg. Het traject is ingedeeld in vijf fasen. In de eerste fase, 'Informeer mij', krijgt de consument gestandaardiseerde formulieren en informatie over de jongste richtlijnen, de bescherming van de privésfeer en speciale voorwaarden. In de tweede stap, 'Betrek mij', krijgt de patiënt de mogelijkheid om het eigen medische dossier in te zien en met gezondheidsmeters en andere hulpmiddelen voor e-Health aan de slag te gaan. In de derde fase, 'Geef mij invloed', kunnen patiënt en zorgverleners onderling vertrouwelijke berichten uitwisselen; ook worden in deze fase de persoonlijke gegevens over de patiënt, zoals genetische en gedragsinformatie en de medische voorgeschiedenis, geïntegreerd in de elektronische informatiesystemen van de zorgverleners; bovendien krijgt de patiënt scores te zien voor de kwaliteit, veiligheid en ervaring van zorgverleners.

In de vierde en voorlaatste fase van het traject om de consument nauw te betrekken bij zijn eigen zorg, 'Werk

met mij samen', krijgt de patiënt specifiek voor de eigen aandoening de beschikking over hulpmiddelen en zorgoverzichten die hem moeten helpen zo gezond mogelijk te blijven. Ook wordt in deze fase de door de patiënt zelf gegenereerde informatie toegevoegd aan het elektronische medisch dossier. Denk aan informatie over de persoonlijke voorkeuren van de patiënt en gegevens die thuis of in externe fitness/welzijnsfaciliteiten worden gegenereerd met hulpmiddelen en apparaten.

Tot besluit, in de meest geavanceerde en laatste fase van het hele traject, 'Ondersteun mijn e-community', wordt de betrokkenheid van de patiënt verder versterkt met een volledig wederzijds bedienbaar platform voor een naadloze informatie-uitwisseling tussen de patiënt en het volledige zorgteam.

Uiteenlopende partijen bevinden zich momenteel in verschillende fasen van deze routekaart, hoewel de meesten hooguit zijn gevorderd tot de derde fase, 'Geef mij invloed'. Naarmate partijen dit traject verder aflopen, zullen zij niet alleen de individuele zorg optimaliseren, maar gezondheid ook bevorderen door gegevens te analyseren en 'best practices' te verzamelen en te verspreiden.

7. Uitgegeven bij Yale University Press, 2008.

citeiten onder de knie moeten zien te krijgen – met alle vaardigheden, kennis, vormen van gedrag, processen, structuren en technologie die daarbij

**Gedrag is belangrijker dan
genen, milieu of sociaal-
economische situatie en kan
worden gestuurd via
de keuzemogelijkheden voor
de consument**

komen kijken. Wie dat niet doet, loopt het risico uit de keten te worden gesneden.

*1. Producten en diensten
gebaseerd op inzicht in de
consument*

Ondernemingen als Starbucks en Facebook

hebben bewezen wat er kan gebeuren wanneer een product of dienst buitengewoon relevant wordt voor de consument doordat hij of zij het aanbod op een heel persoonlijke manier kan afnemen. Dan koopt de consument dat product niet alleen, maar is hij ook bereid zijn levensstijl en gedrag ervoor aan te passen – bijvoorbeeld om vier dollar neer te tellen voor een kop koffie.

Soms ontstaan dergelijke producten en diensten uit intuïtie. Meestal, echter, zijn er inzichten voor nodig die alleen kunnen worden ontwikkeld door middel van diepgaand onderzoek: wat heeft de consument nodig, waar heeft hij behoefte aan, hoe gedraagt hij zich? Naarmate het zorginstellingen beter lukt om dergelijke inzichten te verzamelen, zullen zij gaan proberen om hun consumentenmarkt op alsmate geavanceerdere manieren te onderzoeken. Zij zullen de markt op allerlei manieren gaan segmenteren: naar voorkeur; naar mate van gezondheid; naar totale zorgconsumptie en de patronen daarin; naar de klantwaarde gemeten over iemands hele leven; of naar de kans dat bepaalde producten en diensten worden afgenomen, ongeacht of het gaat om een ziektekostenverzekering, medische zorg of geneesmiddelen en apparaten/hulpmiddelen.

De eerste tekenen van een meer geavanceerde, consumentgerichte benadering van product- en diensteninnovatie in de gezondheidszorg zijn al waar te nemen op het gebied van de ziektekostenverzekering. De consument vindt het lastig om een zorgverzekering te kiezen. Dat komt omdat hij niet begrijpt welke waarde de verschillende pakketten bieden, omdat het aanbod veelal in onbegrijpelijke taal is gesteld, en ook omdat de consument de eigen zorgbehoeften niet goed kent. Daarom zijn verzekeraars aanbod gaan ontwikkelen dat meer is gebaseerd op inzicht in de consument. Denk aan producten afgestemd op specifieke fasen in het leven: de verschillende medische en financiële be-

hoeften bij respectievelijk het betreden van de arbeidsmarkt, het starten van een gezin of in aanloop naar de pensionering. Voor jongeren die iedere cent moeten omdraaien, bijvoorbeeld, bieden verzekeraars nu polissen aan met een lage premie en een dekking toegespitst op medische behandeling na een ongeluk. Voor mensen aan de vooravond van hun pensionering, die een bestaande situatie willen verzekeren en hun opgebouwd vermogen willen beschermen, is er dan een polis met een uitgebreidere dekking. Naarmate verzekeraars meer gaan putten uit de alsmate verder uitdijende informatiebronnen kunnen we steeds meer van dit soort producten op maat verwachten. Misschien komen er ook zorgverzekeringen die mede onder het merk van een bepaald ziekenhuis in de markt worden gezet. Of denk aan polissen waarbij de consument wordt beloond voor gezond gedrag, of met kortingsbonnen voor consumentenproducten op het gebied van zorg.

Om een beter inzicht te ontwikkelen in de consument, en daar ook wat mee te doen, zal een zorginstelling alle gegevens die het contact met de consument oplevert moeten vergaren. Die gegevens moeten dan worden gecombineerd met externe gegevens over demografische kenmerken, gedrag en houding van de consument. Processen en systemen zullen op een slimme manier moeten worden herontworpen om producten en diensten te kunnen optimaliseren en tegen een betaalbare prijs in de markt te zetten. Er zullen bijvoorbeeld processen moeten komen om snel nieuwe producten te ontwerpen. Ook zullen de productontwikkeling en de bedrijfsfuncties met direct klantcontact, zoals marketing, verkoop en klantenservice, veel nauwer op elkaar moeten worden afgestemd. Dit is voor veel partijen in de zorg gemakkelijker gezegd dan gedaan. Het vereist een fundamentele verandering in bedrijfsvoering, resultaatmeting en bedrijfscultuur.

2. Betrokkenheid bij de zorg

Om de consument bij de zorg te betrekken, zullen er instrumenten en programma's moeten komen waarmee mensen kunnen worden aangespoord om gezonder te gaan leven en actiever de voorgeschreven therapie te volgen. Zo moet een nieuw paradigma voor de klinische praktijk worden geschapen, waarbij de zorg rond de patiënt wordt gecoördineerd.

Neem bijvoorbeeld de introductie van zogeheten 'zorgbundels'. Naarmate er daar meer van op de markt komen, zullen de kosten en kwaliteit ervan transparanter worden. Dat vergemakkelijkt de keu-

ze voor de consument. Bovendien wordt zo de concurrentie tussen de aanbieders van dergelijke zorgbundels gestimuleerd. In een enquête onder duizend zorgconsumenten die Booz & Company in oktober 2012 uitvoerde, bleek 78 procent van de respondenten zorgbundeling een aantrekkelijk concept te vinden. Zij verwachtten er diverse voordelen van: lagere prijzen, een grotere prijselasticiteit en -transparantie, meer geïntegreerde zorg, de mogelijkheid om zelf een inbreng te krijgen in het zorgproces, en eenvoudiger facturering.⁸

Zorgbundels beginnen de kosten terug te dringen doordat voorheen gescheiden en vaak uiterst variabele processen en procedures worden gestroomlijnd, gestandaardiseerd en gecoördineerd. Zo ontstaan uitgebreide, op de patiënt gerichte zorgsystemen. In oktober 2012 maakte de Amerikaanse detailhandelsketen Wal-Mart bekend bij zes vooraanstaande ziekenhuisorganisaties exclusieve zorgbundels te hebben gecontracteerd. Die contracten voorzien in bepaalde hart- en ruggenwervelopaties en transplantaties tegen een vast tarief. Ze zijn onder meer afgesloten met Cleveland Clinic, Geisinger Health System en Mayo Clinic. Wal-Mart kan hierdoor secundaire arbeidsvoorwaarden aanbieden aan medewerkers die een van de zes aanbieders kiezen. De medewerker die voor zijn behandeling bij een van de contractpartijen zo'n zorgbundel tegen een vaste prijs afneemt, heeft dan zelf geen bijkomende onkosten. Zaken als vervoer, onderdak en maaltijden voor hem- of haarzelf en een begeleider worden dan vergoed.

De door Wal-Mart afgesloten zorgcontracten illustreren de belangrijke bijdrage die werkgevers kunnen leveren: zij kunnen de consument stimuleren om actiever betrokken te raken bij de eigen zorg. Dat laat ook een andere onderneming zien: Whole Foods Market. Deze Amerikaanse keten van winkels voor gezonde levensmiddelen heeft een eigen ziektekostenverzekering voor zijn personeel. Ook zijn er verscheidene programma's opgezet om een gezonde levensstijl tot een hoeksteen te maken van de bedrijfscultuur. In zijn nieuwe boek *Conscious Capitalism: Liberating the Heroic Spirit of Business*⁹ bespreekt de CEO van Whole Foods Market, John Mackey, het programma 'Healthy Discount Incentive' van zijn onderneming. Dit programma biedt medewerkers extra korting op de eigen producten van Whole Foods als ze aantoonbaar aan hun gezondheid werken. Medewerkers die dat willen, laten in een mobiel laboratorium onder andere hun cholesterol, 'body mass index' (BMI) en bloeddruk opmeten. Al naar gelang de uitslagen krijgen

zij dan een hogere extra korting op producten uit de eigen winkel – bovenop de vaste korting van tien procent die iedere medewerker sowieso krijgt.

Zo kunnen medewerkers tot maximaal dertig procent korting krijgen op de producten van Whole Foods. 'Het is in onze bedrijfscultuur een ambitie geworden om de medewerkers naar hogere niveaus te tillen,' schrijft Mackey.

Voor zijn minst gezonde medewerkers, die het meeste risico lopen op een medische klacht, heeft Whole Foods een programma 'Total Health Immersion' ontwikkeld, een 'spoedcursus gezonder leven' als het ware. De deelnemers daaraan doorlopen een programma van een hele week waarin ze onder medische begeleiding wegwijs worden gemaakt in gezonde eet- en leefgewoonten. Volgens Mackey namen in de eerste twee jaar van dit programma ruim dertienhonderd medewerkers eraan deel. Daarop besloot de onderneming het programma ook aan te bieden aan de partners van medewerkers, en vanaf 2013 aan het grote publiek. 'Het is een win-winstrategie voor alle stakeholders,' vertelde Mackey ons. 'Als onze mensen gezond zijn, zijn ze gelukkiger. Gelukkige medewerkers leveren een betere service aan onze klanten. Bovendien hoeven wij dan minder uit te geven aan ziektekosten. Daar worden onze aandeelhouders weer beter van.'

Ook de farmaceutische industrie kan de betrokkenheid van de consument helpen bevorderen. Biogen Idec en Merck Serono hebben bijvoorbeeld indrukwekkende vorderingen gemaakt bij de behandeling van multiple sclerose. Met behulp van internettoepassingen om de betrokkenheid van de patiënt te bevorderen en diensten die de patiënt extra waarde leveren ('meer dan enkel een pil'), maken zij mensen duidelijk wat zij zelf kunnen doen om hun behandeling optimaal effect te laten hebben.

Deze wegbereiders van 'consumerization' in de zorg proberen niet om het gedrag per patiënt – één voor één – te veranderen. Zij integreren inzichten tot een samenhangende behandeling waarmee het medisch management wordt versterkt en betere resultaten worden behaald. Zorg met werkelijke betrokkenheid vereist coördinatie van de zorg tussen de consument, de zorgverlener en de verzekeraar. De prijsstelling moet eenvoudiger en

Starbucks en Facebook bewijzen dat de consument zijn gedrag aanpast bij een heel persoonlijk en daardoor relevant aanbod

8. Zie ook Gary Ahlquist, Minoo Javanmardian, Sanjay B. Saxena en Brett Spencer, 'Bundled Care: The Voice of the Consumer', Booz & Company, 30.1.2013.

9. Geschreven met ondersteuning van Raj Sisodia en uitgebracht bij Harvard Business Review Press, 2013.

transpanter worden, zodat de consument door-
dacter kan kiezen. Er moeten nieuwe instrumen-
ten en programma's komen om de consument te
stimuleren en te helpen actief betrokken te raken

Er moet veel meer worden geïnvesteerd in gedragsbeïnvloeding

bij de eigen zorg. De zorg
moet de voor dit alles
benodigde technologi-
sche infrastructuur, gege-
vensanalyse en apparaten
krijgen.

3. Overtuigende klantervaring van begin tot eind

Mensen hebben medische zorg altijd passief onder-
gaan. Ze krijgen die zorg bovendien in gefragmen-
teerde vorm aangeboden. Als patiënt word je van
de ene afdeling en zorgverlener naar de andere ge-
stueurd. Daardoor kan de klantervaring in kwalita-
tief opzicht enorm verschillen per contact. De
verschillende contactmomenten gedurende het hele
proces – vanaf de aanschaf van een zorgverzekering
tot en met een concrete medische behandeling –
worden niet of nauwelijks gecoördineerd. Het is
dan ook niet verwonderlijk dat klanttevredenheid,
consumentenvertrouwen en merkloyaliteit laag
scoren. Volgens de Amerikaanse index voor klant-
tevredenheid (American Customer Satisfaction
Index), een onafhankelijke landelijke graadmeter
gebaseerd op enquêtes onder ruim 70.000 mensen,
scoren Amerikaanse ziekenhuizen in de ogen van
de Amerikaanse consument heel laag op klant-
tevredenheid; ze staan net iets hoger dan de poste-
rijen. Ziektekostenverzekeraars scoren nog slechter
op klanttevredenheid – ongeveer even goed als
nutsbedrijven en aanbieders van mobiele telefonie.
Om een betere klantervaring te bieden en zo de
klanttevredenheid, het consumentenvertrouwen
en de merkloyaliteit te versterken, zal een zorg-
verzekeraar het nodige moeten doen: een meer per-
soonlijke aanpak bij de keuze van producten;
transpantere en beter te begrijpen pakketten en
kosten; en gebruiksvriendelijker procedures voor
het afsluiten van een polis. Is de polis eenmaal afge-
sloten, dan moet de consument bovendien worden
gestimuleerd en geholpen om de eigen zorg te behe-
ren; dat vraagt om eenvoudiger procedures voor
claimafhandeling en minder ingewikkelde factu-
rering.

In 2011 lanceerde Cigna zijn tot nog toe grootste
merkcampagne, *Go You*, een marketinginspanning
van 25 miljoen dollar om klanten te werven met
een meer persoonlijke klantervaring. *Go You* is niet
alleen maar een reclamecampagne. Er hangt ook
een wereldwijde klantenservice aan waar dag en

nacht beroep op kan worden gedaan; een website
(www.MyCignaforHealth.com); apps voor sociale
media; hulpmiddelen zoals een zorgkostenmeter
(de 'Health Expense Tracker' van het merk Quicken
van Intuit) om zorg en zorgkosten beter in de hand
te houden; en mobiele toepassingen om de verze-
kerde de dichtstbijzijnde apotheek en eerste hulp
aan te wijzen. Ook kunnen verzekerden een beroep
doen op gezondheidscoaches voor chronische aan-
doeningen en op welzijnsprogramma's.

Ziekenhuizen lopen voorop bij de inspanning om
meer bevredigende klantervaringen te bieden. Veel
ziekenhuizen hebben teams op pad gestuurd om
bedrijven te bezoeken die bekend staan om de
topervaring die ze hun klanten weten te bezorgen.
Voorbeelden zijn de Walt Disney Company en de
hotelketen Ritz-Carlton. Van dat soort bedrijven
hopen de ziekenhuizen te leren hoe ook zij hun
klanten beter kunnen gaan bedienen. Naar aanlei-
ding van de opgedane inzichten in klantenservice
zijn her en der al de nodige aanpassingen doorge-
voerd bij ziekenhuizen. Denk aan extra diensten
om bezoekers bepaalde taken uit handen te nemen
(‘valet services’); beter gestroomlijnde inschrij-
vingsprocedures; een vriendelijker beleid ten aan-
zien van gezinsleden van patiënten; effectievere
interne ‘routeborden’; en een rustiger en aantrek-
kelijker omgeving.

Om de klantervaring te kunnen verbeteren, moet
natuurlijk eerst duidelijk worden wat die klant-
ervaring inhoudt. Dat begint bij een inventarisatie
van de huidige situatie: hoe beleeft de consument
de dienstverlening momenteel, hoe verhoudt hij
zich tot het merk? Highmark onderzoekt dat op
allerlei manieren: met onderzoek, locatiebezoek,
consumenteninterviews, simulaties van de consu-
mentenervaring, etnografie, operationele gegevens.
Het doel is te doorgronden hoe de consument het
contact met de onderneming ervaart. Vervolgens
moeten de benodigde capaciteiten en hulpmidde-
len worden ontwikkeld om het contact te verbe-
teren en de consument gebruiksvriendelijk te
informer.

Technologie maakt het mogelijk

Bijna alle initiatieven om de consument een grotere
stem te geven bij de zorg hebben één ding met
elkaar gemeen: digitalisering. Dankzij ‘big data’ en
nieuwe technologieën kunnen organisaties nieuwe
producten en diensten ontwikkelen die de zorg
persoonlijker, kwalitatief beter en betaalbaarder
maken. Hoewel sommige technologieën nog niet
op grote schaal worden toegepast in de zorg, bedie-

nen partijen zich al van nieuwe platforms om zich met de consument te verstaan. Ondernemingen in de zorg beschikken over bergen aan medische en financiële gegevens. Om daar echter ook concreet wat mee te kunnen doen, moeten die gegevens worden vertaald in gemakkelijk begrijpelijke informatie. Wordt die informatie vervolgens via een persoonlijk kanaal ter beschikking gesteld van de consument, dan zal het gedrag van de consument daardoor worden beïnvloed. Die informatie kan van alles zijn, zoals een herinnering aan een te volgen therapie, een advies met betrekking tot een leefgewoonte, of een tip over een goede website of zorgverlener. Sommige partijen die zorg vergoeden ontwikkelen, aan de hand van inzichten ontleend aan gegevens, producten en diensten waarmee de vergoedingsstructuur wordt afgestemd op de behoeften van het individu. Bloom Health, een intermediair in particuliere zorgverzekeringen in de Amerikaanse staat Minnesota, gebruikt 'big data' en grootschalige gegevensanalyse ('analytics') om de besluitvorming over zorgvoorzieningen over te hevelen van werkgevers naar werknemers. Op de website van Bloom Health vindt de bezoeker een keuzemenu waarmee hij, door een aantal vragen te beantwoorden, de polis krijgt voorgelegd die het beste past bij zijn behoeften, financiële situatie en het gewenste eigen risico. In 2011 kochten drie grote verzekeraars – WellPoint, Blue Cross Blue Shield of Michigan en Health Care Service Corporation – gezamenlijk een belang van 78 procent in Bloom Health. Dat deden zij om te leren hoe zij beter zorgpakketten kunnen ontwikkelen en aanbieden die aansluiten op de wensen van de klant. Nog een andere ontwikkeling die bijdraagt aan de trend van een grotere 'stem in het kapittel' voor de consument is 'cloud computing'. Dit kan de basis bieden voor bijvoorbeeld een elektronisch patiëntdossier dat kan worden ingezien door zowel de patiënt zelf als door diens zorgverleners. Dit instrument, dat al zo lang op zich laat wachten, zou de patiënt een naadloze doorverwijzing en medici een betere ondersteuning bij de behandeling bieden. Nimbus Health, een in Seattle gevestigde startende onderneming, gebruikt de cloud-diensten van Amazon als een host voor zijn Breeze Medical System, software waarmee artsen onderling en met de patiënt medische dossiers kunnen delen. Natuurlijk roept alleen al het begrip 'cloud computing' direct de vraag op of de vertrouwelijkheid van de gegevens van de consument wel gewaarborgd is. Zeker wanneer het gaat om medische gegevens is

dit een gevoelig onderwerp. Toegegeven, de sector heeft op dit gebied al de nodige stappen gezet. Maar ook in de toekomst zullen ziekenhuizen en andere zorgverleners al het mogelijke moeten blijven doen om informatie te beveiligen en de risico's op dit gebied zoveel mogelijk te ondervangen. Een derde wegbereider voor consumentgerichte zorg is 'telemedicine' – diagnose en consult op afstand. Dit kan zorg beter beschikbaar en goedkoper maken. In het Verenigd Koninkrijk is deze aanpak in 2011 in de praktijk getest met zesduizend patiënten. De Britse minister voor volksgezondheid, Jeremy Hunt, kondigde daarna aan ook echt aan de slag te gaan met deze vorm van zorgverlening. In 2013 zouden honderdduizend chronisch zieken in het Verenigd Koninkrijk zorg op afstand moeten krijgen; in 2017 zou het aantal patiënten moeten zijn gestegen tot drie miljoen. Zorg op afstand houdt in dat met behulp van apparaten de conditie van de patiënt wordt bijgehouden zonder

Aanvullende literatuur

Minoo Javanmardian, Ashish Kaura, Sanjay B. Saxena en Brett Spencer, 'Healthcare after the Ruling: Let the Work Continue', Booz & Company, 29 juni 2012 – Het Amerikaanse Hooggerechtshof heeft de Affordable Care Act bekrachtigd. Wat zijn de consequenties voor zorgverzekeraars, zorginstellingen, farmaceutische bedrijven en andere partijen op het gebied van de zorg?

Ashish Kaura, David S. Levy en Minoo Javanmardian, 'Health Insurance Gets Personal', *strategy+business*, herfsteditie 2010 – Een prille analyse van de opkomst van consumentgerichte ziektekostenverzekeringen.

Avi Kulkarni en Nelia Padilla McGreevy, 'A Strategist's Guide to Personalized Medicine', *strategy+business*, wintereditie 2012 – Behandeling op maat voor specifieke doelgroepen dwingt belangrijke partijen in de zorg tot een andere manier van werken.

Ramez Shehadi, Walid Tohme en Edward H. Baker, 'IT and Healthcare: Evolving Together at the Cleveland Clinic', *strategy+business* (uitsluitend online), 6 augustus 2012 – CIO Martin Harris vertelt hoe de betrokkenheid van de patiënt verandert door informatietechnologie.

Zie op de website van *strategy+business* ook: strategy-business.com/health_care.

dat patiënt of zorgverlener elkaar hoeven op te zoeken. Heeft de patiënt een vraag, dan kan die langs elektronische weg worden gesteld en hoeft de pa-

**‘De gebruikelijke
bedrijfsvoering van een
verzekeraar heeft de langste
tijd gehad’ – Mark Bertolini,
CEO van Aetna**

tiënt niet naar de arts te gaan voor een consult. Tot slot zijn er nog mobiele zorg (‘m-health’) en sociale media, beide instrumenten die inmiddels wel bewezen hebben dat ze de betrokkenheid van mensen kunnen bevorderen. Ook dit soort instrumenten kunnen er toe bijdragen dat de consument zich actiever om zijn eigen gezondheid en zorg gaat bekommeren. Bij recente epidemieën in de Verenigde Staten hebben de Centers for Disease Control and Prevention (CDC’s) al het voortouw genomen op dit gebied. Sociale media als Twitter, Facebook en Wikipedia werden ingezet om via verschillende kanalen, waaronder ook smartphones, informatie te verstrekken aan het grote publiek. Een voorbeeld is de H1N1-varkensgriepandemie van 2009.¹⁰ Door de CDC’s werd bij die gelegenheid via sociale media informatie verspreid over wat mensen konden doen om infectie te vermijden en aan welke symptomen ze de ziekte konden herkennen. De CDC’s schakelen ook de ‘macht van het publieke getal’ in, door de burger aan te moedigen in de eigen kring van contacten informatie te verspreiden over een gezonde levensstijl. Naar verwachting zullen zorginstellingen steeds meer gebruik gaan maken van m-health en sociale media, om de consument ook langs deze weg actiever te betrekken bij het op peil houden van de eigen gezondheid en het eigen welzijn. De zorgconsument kan op zijn smartphone bijvoorbeeld recepten inzien, zijn gewicht bijhouden en zich laten herinneren aan afspraken met medische instanties.

De digitale hulpmiddelen zijn er en kunnen worden ingezet. Organisaties als de al eerder genoemde National eHealth Collaborative (NeHC) ontwikkelen de benodigde strategieën en normen om ze in te bouwen in het Amerikaanse zorglandschap. De NeHC heeft een routekaart opgesteld die aangeeft in welke vijf fasen de benodigde technologische infrastructuur voor een consumentgerichte zorg kan worden opgebouwd. Deze routekaart laat zien hoe de verschillende digitale bouwstenen van de zorg de komende jaren samen het beoogde ‘ge-

bouw’ kunnen gaan vormen (zie kader ‘Raamwerk voor patiënt-betrokkenheid’).

**Naar een grotere betrokkenheid van
de zorgconsument**

Naarmate de zorg consumentgerichter wordt, zal ze fundamenteel van karakter gaan veranderen. Dan zal de zorg dezelfde ontwikkeling doormaken als andere branches die van een zakelijke markt zijn veranderd in een consumentenmarkt, zoals het bankwezen en de elektronica. Het uiteindelijke doel voor zowel verzekeraars als zorginstellingen en de farmaceutische industrie moet zijn om de initiatieven op dit gebied net zo lang aan te jagen totdat de sector een omslagpunt bereikt. Het nieuwe zorgstelsel dat dan ontstaat, zal de consument weten te beïnvloeden in diens gedrag. Aan de hand van een geavanceerde segmentering van consumenten-gedrag zullen nauwkeurig afgestemde producten en diensten kunnen worden ontwikkeld en aangeboden. Bovendien zal het financiële resultaat direct verband houden met de uitkomsten van de verstrekte zorg. Een dergelijk zorgstelsel zal de consument weten aan te sporen om actief het eigen welzijn te bevorderen. Dat zorgstelsel zal de consument de beschikking geven over medische zorg op de momenten dat die consument daar behoefte aan heeft, en via de kanalen waar hij of zij de voorkeur aan geeft.

Natuurlijk is deze visie niet van de ene op de andere dag werkelijkheid. Dit is een proces van jaren, zo niet decennia. Bovendien vereist het een aanhoudende inspanning van de gehele zorgsector. Er zullen investeringen moeten worden gepleegd. Bovendien moeten partijen kunnen en willen veranderen. Wereldwijd dringt echter in de zorg het besef door, dat de huidige businessmodellen niet zijn opgewassen tegen de huidige en toekomstige uitdagingen. In de woorden van Mark Bertolini, CEO van Aetna, in een lezing aan de HIMSS-conferentie in Las Vegas in 2012: ‘De tot nu toe gebruikelijke bedrijfsvoering van een verzekeringsmaatschappij heeft de langste tijd gehad.’ De toekomst van de zorg is er een waarin de consument aan zet is: ‘consumerization’. Het zal een grote inspanning vergen, maar de beloning belooft nog veel en veel groter te zijn: een kwalitatief hoogstaand, kosteneffectief en gebruiksvriendelijk zorgstelsel dat onophoudelijk werkt aan de verdere verbetering van de volksgezondheid. ■

*10. Ook wel bekend onder
de naam ‘Mexicaanse griep’;
noot v. vert.*

Reprinted with permission from strategy+business, published by Booz & Company Inc., www.strategy-business.com. The original article, by Gil Irwin, Jack Topdjian and Ashish Kaura, entitled “Putting an I in Healthcare”, appeared in strategy+business, issue 71, Summer 2013, pp. 68-77. All rights reserved. Vertaling: Raymond Gijsen.