



Aids Fonds, Alzheimer Nederland, Astma Fonds, Diabetes Fonds, Fonds Psychische Gezondheid, Hersenstichting Nederland, Johanna Kinderfonds, KNCV Tuberculosefonds, KWF Kankerbestrijding, Maag Lever Darm Stichting, Nationaal Epilepsie Fonds, Revalidatiefonds, Nederlandse Brandwonden Stichting, Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting, Nederlandse Hartstichting, Nierstichting Nederland, Prinses Beatrix Fonds, Reumafonds

VISIEDOCUMENT SAMENWERKENDE GEZONDHEIDSFONDSEN

PREVENTIE MET ZORG

VISIE VAN DE GEZONDHEIDSFONDSEN OP DE ORGANISATIE EN FINANCIERING VAN PREVENTIE IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING 3

SAMENSTELLING COMMISSIE PREVENTIE 7

1. INLEIDING 8

2. CONCEPTUALISERING VAN PREVENTIE 12

**3. DYNAMIEK IN DE ORGANISATIE & FINANCIERING VAN
PREVENTIE 18**

4. LANGE-TERMIJNVISIE 28

5. KORTE-TERMIJNVISIE 35

BIJLAGEN:

LITERATUUR 36

GERAADPLEEGDE EXPERTS 38

SAMENVATTING

1. INLEIDING

Op dit moment is er binnen de zorg volop aandacht voor de organisatie en financiering van preventie. Dat is ook van groot belang vanwege het groeiend aantal Nederlanders met een verhoogd risico op bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, diabetes, nierziekten, kanker en COPD. Dit zijn chronische ziekten die mensen beperken in hun maatschappelijk functioneren. Preventieve activiteiten kunnen een bijdrage leveren aan het voorkomen van deze ziekten en zo de vraag naar zorg indammen.

De samenwerkende gezondheidsfondsen beschouwen preventie als een cruciaal element van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in de 21ste eeuw. Daarom investeren ze steeds meer in preventie. Zo hebben de Nederlandse Hartstichting, het Diabetes Fonds en de Nierstichting het programma LekkerLangLeven opgezet voor vroegtijdige opsporing van (het risico op) deze chronische ziekten.

Tegelijkertijd vragen de gezondheidsfondsen zich af welke rol ze kunnen en willen spelen. Uiteindelijk is preventie een taak die structureel moet worden opgepakt door de veldpartijen. De gezondheidsfondsen zien het daarom als hun taak aandacht te vragen voor de integratie van preventie in de zorg. Veldpartijen moeten daartoe zelf een infrastructuur ontwikkelen, waarvoor de politiek en de (lokale) overheid in overleg met zorgverzekeraars financiering regelen.

2. CONCEPTUALISERING VAN PREVENTIE

Nieuwe gezondheidskennis, innovaties en de toename van comorbiditeit en chronisch ziekten hebben het aantal aangrijpingspunten voor gezondheidsinterventies uitgebreid. Om in te grijpen hoeven zorgprofessionals zich niet meer te beperken tot algemene gezondheidsmaatregelen voor de gehele bevolking of hoogrisicogroepen, of niet meer af te wachten totdat mensen ziek zijn. In de levensloop van mensen zijn er allerlei momenten waarop effectief preventieve en gezondheidsbevorderende maatregelen kunnen worden genomen. Gevolg is dat de klassieke begrippen primaire, secundaire en tertiaire preventie

hun praktische betekenis verliezen. De gezondheidsfondsen sluiten daarom liever aan bij de nieuwe conceptualisering van preventie zoals door het College van Zorgverzekeringen (CVZ) is geformuleerd:

- *Universele preventie* bevordert gedragsgerelateerde gezondheid van de hele bevolking.
- *Selectieve preventie* is het identificeren en toeleiden naar de zorg van groepen met een (hoog) risico op gezondheidsklachten.
- *Geïndiceerde preventie* wil door interventie gezondheidsschade voorkomen bij individuen die symptomen/gezondheidsklachten hebben, maar waar de diagnose nog niet is gesteld.
- *Zorggerelateerde preventie* gaat complicaties tegen bij mensen met bestaande gezondheidsproblemen en ondersteunt hun zelfredzaamheid.

Deze conceptualisering sluit beter aan bij het chronische ziektemodel, dat momenteel uitgangspunt is van beleid.

3. DYNAMIEK IN DE ORGANISATIE & FINANCIERING VAN PREVENTIE

Er zijn recent veel lokale en landelijke initiatieven ontwikkeld op het gebied van preventie, zoals de beweegkuur. Het probleem is echter dat die zich vooral beperken tot geïndiceerde preventie en dat het overzicht en de regie ontbreken. Hierdoor ligt het gevaar van wildgroei en versnippering van preventieaanbod op de loer. De huidige organisatie en financiering van preventie biedt (te) weinig mogelijkheden om een afgewogen pakket van preventieactiviteiten samen te stellen en structureel in het reguliere zorgaanbod te verankeren.

Er is een brede consensus dat er voor samenwerking in het preventieaanbod een centrale rol ligt bij de eerstelijnszorg. Bestaande professionele domeinen en institutionele domeinen (de verschillende sectoren van de gezondheidszorg: publieke gezondheid, cure, care en welzijn) dragen echter bij aan versnippering van preventie-expertise en een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Ook ontbreekt het aan een consistente en coherente regie vanuit gemeenten en zorgverzekeraars om die domeinen te doorbreken. Ze benutten hun

(financiële) mogelijkheden te weinig en lopen ook tegen de grenzen van bestaande wet- en regelgeving aan.

4. LANGE-TERMIJNVISIE

Om preventie-activiteiten structureel te organiseren en te financieren moeten burgers, rijksoverheid, gemeenten, zorgverzekeraars en veldpartijen gestimuleerd en in staat gesteld worden samen te werken. Om een gezamenlijke aansturing (en dus financiering) vanuit gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren mogelijk te maken moet er de komende tien jaar het volgende gebeuren:

1. Het beschikbaar maken van lokale/regionale epidemiologische informatie over de gezondheidstoestand van de lokale bevolking;
2. Het ontwikkelen en beschrijven van kosteneffectieve preventieprogramma's met een aantoonbare meerwaarde voor de volksgezondheid;
3. Het ontwikkelen van een monitoringsysteem dat inzicht geeft in het functioneren van (delen van) preventieprogramma's op basis van kwaliteit, kosten en 'geproduceerde gezondheid';
4. Het creëren van structurele randvoorwaarden in de organisatie van het zorgaanbod: geïntegreerde eerstelijnszorg in samenhang met preventie en welzijn en een andere organisatie van professionele expertise.
5. Het inbouwen van prikkels in de verschillende wettelijke regelingen die de gezamenlijke aansturing door gemeenten en verzekeraars (en zorgkantoren) bevorderen;

Alleen vanuit een gezamenlijke aansturing van het preventieve zorgaanbod kan een afgewogen en kosteneffectief pakket van interventies ontstaan dat bijdraagt aan het verbeteren van de volksgezondheid. De visie voor de korte termijn sluit hierop aan.

5. KORTE-TERMIJNVISIE

De komende twee à drie jaar vraagt de financiering van selectieve preventie aandacht. De urgentie is hoog aangezien het aantal mensen met een verhoogd risico op chronische

ziekten de komende jaren sterk toeneemt. Selectieve preventie vormt een cruciale schakel in preventieprogramma's: het maakt mensen bewust van hun gezondheid en de eventuele gezondheidsrisico's die zij lopen. Bovendien maakt het vroegtijdig ingrijpen en het tegengaan van gezondheidschade mogelijk. De fondsen zien verschillende mogelijkheden om selectieve preventie te financieren: de Wet publieke gezondheid (Wpg), het Nationaal Programma voor Bevolkingsonderzoek (NPB) of aanvullende contracten met zorgverzekeraars. De gezondheidsfondsen zijn van mening dat voor de selectieve preventie publiekrechtelijke financiering (Wpg) het meest wenselijk is. Selectieve preventie is immers een publiek goed dat voor alle mensen beschikbaar en toegankelijk moet zijn.

SAMENSTELLING COMMISSIE PREVENTIE

Tom Oostrom (Voorzitter), Nierstichting Nederland

Agnes de Bruijn, Astma Fonds

Marijke Luif, Nederlandse Hartstichting

Désirée Stolker, Nederlandse Hartstichting

Bert Kuipers, Diabetes Fonds

Monique Schrijver, Diabetes Fonds

Riekie van Nies, Hersenstichting Nederland

Stefan Wigger, KWF Kankerbestrijding

Martin de Jong (secretaris commissie Preventie)

Auteur

Dr. Thomas Plochg

Afdeling Sociale Geneeskunde AMC / UvA

1. INLEIDING

Samenvatting

De organisatie en financiering van preventie staat in het middelpunt van de aandacht. Dit is eveneens waarneembaar in het (gezamenlijke) beleid van de gezondheidsfondsen die steeds meer aandacht voor preventie hebben en daarin investeren. Zij vragen zich wel af welke rol in deze hen past. Veldpartijen moeten zelf een infrastructuur ontwikkelen waarin preventieve activiteiten in de reguliere zorg worden verankerd en waarvoor de politiek en de (lokale) overheid in overleg met zorgverzekeraars financiering regelen. Om hieraan constructief bij te dragen hebben de fondsen behoefte aan het ontwikkelen van een eigen visie op de organisatie en financiering van preventie in de Nederlandse gezondheidszorg.

*Integratie
preventie & zorg*

Hoewel iedereen onderkent dat het nodig is preventie te integreren in zorgactiviteiten binnen de curatieve zorg en verzorging (care), is dat nog niet gebeurd. Door de recente hervormingen van de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de modernisering van de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), en de introductie van de Wet publieke gezondheid (Wpg) is het zorgstelsel fundamenteel gewijzigd, wat maakt dat deze integratie niet vanzelfsprekend optreedt. Een onduidelijke rol- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen aanbieders van preventie en een gebrek aan capaciteit (tijd en geld) zouden de voornaamste oorzaken zijn. Doordat preventie dus niet structureel is verankerd in de gezondheidszorg,¹ worden kansen gemist om gezondheid te behouden en gezondheidswinst te boeken.

¹ Analoog aan de Zorgbalans (2008) wordt onder 'gezondheidszorg' de activiteiten verstaan die er op gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid van individuen op te heffen, te reduceren, te compenseren en/of te voorkomen. Zorg omvat zowel preventieve, curatieve als verzorgende taken, zowel bij somatische als bij psychische klachten en aandoeningen.⁽¹⁾

Deze constatering is niet nieuw. Het is een steeds terugkerend thema in de debatten rondom de stelselherzieningen van de afgelopen decennia. Steevast wordt bepleit dat preventie, of meer algemeen het perspectief van public health, het leidende principe zou moeten zijn in de organisatie, financiering en besturing van het zorgstelsel. Dan ontstaat een zorgsysteem dat proactief is, gericht is op het voorkómen van ziekte en bevorderen van gezondheid in plaats van een systeem dat in actie komt wanneer ziekte is opgetreden en behandeling noodzakelijk is. Tot nu toe heeft echter geen enkele partij de noodzakelijke investeringen gedaan om preventie in te bedden in het zorgstelsel.^(2,3)

*Serieuze aandacht
voor verankering
preventie*

Toch lijkt er momenteel een kentering plaats te vinden, getuige verschillende beleidsnota's en rapporten van de afgelopen jaren en vooral de dynamiek die ze teweeg hebben gebracht (zie tekstbox 1.1). Het ligt in de lijn der verwachting dat een aantal preventieactiviteiten op termijn in het basispakket worden opgenomen.⁽⁴⁻

⁶⁾ Een andere aanwijzing voor die kentering is de accentverschuiving in de farmaceutische industrie, die momenteel investeringen richt op onderzoek en ontwikkeling van medicatie met een duidelijke preventieve waarde.⁽⁷⁾ Bovenal zijn de scheidslijnen tussen de domeinen van de volksgezondheid en de gezondheidszorg aan het vervagen. De belangen en doelstellingen van de volksgezondheid blijken ook steeds relevanter te worden voor zorgaanbieders als huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGz-instellingen.⁽³⁾

Ministerie van VWS. *Bakens zetten* 2003.

Kabinetsvisie. *Gezond zijn, gezond blijven* 2006

RVZ-advies. *Publieke Gezondheid* 2006

Kaderbrief. *Gezondheid en Preventie* 2007

CVZ-advies. *Van preventie verzekerd* 2007

KNMG-advies. *Volksgezondheid & preventie* 2007

IBO. *Gezond gedrag bevorderen* 2006-2007

NPCF-rapport. *Zorgconsument & preventie* 2007

RVZ-advies. *Screening en de rol van de Overheid* 2008

Tekstbox 1.1: recente beleidsdocumenten

*Gezondheids-
fondsen en
preventie*

Dit visiedocument van de gezondheidsfondsen sluit aan op bovengenoemde ontwikkelingen. De fondsen in de Nederlandse gezondheidszorg spelen de laatste jaren een steeds grotere rol in de financiering van wetenschappelijk onderzoek en bij de preventie van ziekten. Op het gebied van preventie profileren vooral de Nederlandse Hartstichting, het Diabetes Fonds en de Nierstichting zich sterk.⁽⁸⁾ Deze fondsen hebben meegewerkt aan het op de markt brengen van tests voor cholesterol, diabetes en nierziekten. Daarnaast hebben ze het initiatief genomen tot het preventieprogramma LekkerLangLeven (www.lekkerlangleven.nl) waarmee vroegtijdige opsporing van (het risico op) hart- en vaatziekten, diabetes en nierziekten geïntegreerd plaatsvindt, en waarbij afstemming met de reguliere zorg wordt nagestreefd.

*Aanleiding
visiedocument*

De gezondheidsfondsen plaatsen echter ook kanttekeningen bij hun initiatieven op het terrein van preventie en vragen zich af welke rol hen past. Uiteindelijk is preventie een taak die structureel zou moeten worden opgepakt. Vooralsnog is dat onvoldoende het geval, hoewel daartoe toch alle reden is. Er wordt immers een flinke toename gerapporteerd van het aantal Nederlanders met een verhoogd risico op bovengenoemde ziekten. Ook worden mensen door chronische ziekten steeds meer beperkt in hun maatschappelijk functioneren.⁽⁹⁾ De gezondheidsfondsen zien het daarom als hun rol aandacht te vragen voor de integratie van preventie in de zorg, in het bijzonder voor selectieve preventie (vroegtijdige opsporing van hoogrisicogroepen en de toegeleiding daarvan naar de zorg), geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Om deze vormen van preventie in de reguliere zorg te verankeren moeten veldpartijen zoals gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders hiervoor een infrastructuur ontwikkelen. De politiek en de overheid moeten hiervoor in samenwerking met zorgverzekeraars financiering regelen. De fondsen benadrukken dat zij aan hun achterban willen verantwoorden dat de gedane investeringen ook daadwerkelijk tot zichtbare verbeteringen in de zorgpraktijk hebben geleid. De fondsen stellen zich daarbij op het standpunt constructief te willen bijdragen aan het verankeren van preventie in het Nederlandse zorgstelsel.⁽¹⁰⁾ Om deze reden hebben de fondsen behoefte aan het

ontwikkelen van een eigen visie op de organisatie en financiering van preventie in de gezondheidszorg in Nederland.

Doelstelling

Met dit visiedocument willen de gezondheidsfondsen een bijdrage leveren aan de discussie over de noodzakelijke verankering van preventieactiviteiten in de gezondheidszorg op de langere termijn (ongeveer tien jaar), en op de kortere termijn (de komende twee à drie jaar). Ook dient de visie als vertrekpunt voor de fondsen om hun eigen positie en rol met betrekking tot preventie te bepalen.

Aanpak

Bij de totstandkoming van deze visie is een driedelige aanpak gevolgd. Allereerst is een literatuurstudie uitgevoerd om inzicht te krijgen in het huidige debat over de organisatie, inbedding en financiering van preventie. Vervolgens zijn gesprekken gevoerd met experts. In eerste instantie hebben leden van de commissie Preventie van de Samenwerkende Gezondheidsfondsen (SGF) in het voorjaar van 2008 gesprekken gevoerd, vooral met ambtenaren en beleidsmedewerkers die zich op landelijk niveau bezighouden met de financiering van preventie. In een tweede ronde in het najaar van 2008 is nog eens met veertien experts gesproken over het huidige krachtenveld, (alternatieve) visies, (innovatieve) ideeën en oplossingsrichtingen, en praktische mogelijkheden van partijen om preventieactiviteiten in de gezondheidszorg te integreren. Tot slot zijn twee expertmeetings gehouden. De eerste bijeenkomst op 27 november 2008 werd gebruikt om de conceptvisie met vertegenwoordigers van de gezondheidsfondsen te bediscussiëren. Vervolgens heeft op 2 juli 2009 een tweede meeting plaatsgevonden, waarbij alle bij het adviestraject betrokken experts op de conceptvisie reageerden en die met elkaar bediscussieerden. De zo verzamelde informatie is als input voor de visieontwikkeling gebruikt.

Leeswijzer

Dit visiedocument begint met een beschrijving van de interpretatie van preventie in dit document (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 komt aan de orde waarom de huidige organisatie en financiering ontoereikend zijn om preventieactiviteiten structureel te

verankeren. Hoofdstuk 4 schetst de langetermijnvisie. In hoofdstuk 5 komt de kortetermijnvisie aan de orde. In de bijlagen zijn een literatuurlijst en een lijst met de geraadpleegde experts opgenomen.

2 CONCEPTUALISERING VAN PREVENTIE

Samenvatting

Door nieuwe gezondheidskennis, innovaties en veranderingen in de morbiditeits- en mortaliteitspatronen is het aantal aangrijpingspunten voor gezondheidsinterventies uitgebreid. Om in te grijpen hoeven public health en medische professionals zich niet meer te beperken tot algemene gezondheidsmaatregelen voor de gehele bevolking of hoogrisicogroepen dan wel af te wachten totdat mensen ziek zijn. In de levensloop van mensen zijn er allerlei momenten waarop effectief preventieve en gezondheidsbevorderende maatregelen kunnen worden genomen. Gevolg is dat klassieke begrippen zoals primaire, secundaire en tertiaire preventie minder scherp zijn te hanteren en hun praktische betekenis verliezen. Het is daarom wenselijk om in het kader van dit visiedocument het begrip preventie opnieuw in relatie tot curatieve zorg en verzorging te duiden.

*Klassieke
definitie van
preventie*

Het spreekwoord ‘voorkomen is beter dan genezen’ maakt meteen duidelijk waar het bij preventie om te doen is. Preventie wordt gedefinieerd als het ‘totaal aan maatregelen binnen en buiten de gezondheidszorg om de gezondheid te beschermen en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen’.⁽¹¹⁾ Meer concreet heeft preventie als doel te zorgen dat mensen gezond blijven door gezondheid te bevorderen en te beschermen. Traditioneel wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen: 1) primaire preventie die is gericht op het voorkómen van nieuwe gevallen van een ziekte en dus het wegnemen of verminderen van oorzaken van die aandoening; 2) secundaire preventie die erop is gericht een aandoening in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken zodat vroege behandeling mogelijk is waarmee kan worden voorkomen dat de ziekte verergert; 3) tertiaire preventie die is gericht op het voorkómen of beperken van de gevolgen van een reeds gediagnosticeerde aandoening.

*Preventie in
praktijk vaag
begrip*

Diverse experts wijzen erop dat de klassieke definitie van preventie in de huidige praktijk minder scherp is te hanteren en aan praktische betekenis heeft ingeboet.^(12, 13) Door nieuwe gezondheidskennis, innovaties en veranderingen in de morbiditeits- en mortaliteitspatronen (méér comorbiditeit, méér chronisch zieken) is het

traditionele ziektemodel achterhaald, waarop de afbakening van preventie, curatie en verzorging tot dusver is geënt. Dit model gaat uit van acute (infectie)ziekten die veelal enkelvoudige oorzaken en een kort beloop hebben. Ze zijn in de regel ook goed individueel behandelbaar dan wel collectief te voorkómen door vaccinaties en/of andere *volksgezondheidsmaatregelen*. Hierdoor was een heldere afbakening tussen de preventieve en de curatieve zorg scherp te maken.

*Chronische
ziekte model*

Chronische ziekten hebben een heel ander karakter. Ze hebben vaak meervoudige oorzaken, ze worden gekenmerkt door risicofactoren, hebben preklinische stadia met een langdurig beloop en zijn tot op heden niet te genezen.⁽¹⁴⁾ Bovendien hebben patiënten vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd (comorbiditeit).⁽¹⁵⁾ Denk bijvoorbeeld aan diabetespatiënten die vaak ook last hebben van hart- en vaatziekten, oogproblemen, nierziekten en diabetische voeten. Gezondheid en ziekte zijn niet meer strikt te scheiden, maar lopen in elkaar over. Mensen worden niet meer van de ene op de andere dag ziek zoals van acute (infectie)ziekten zoals polio of mazelen, maar doorlopen een proces waarbij er zich gaandeweg één of meerdere (chronische) ziekten ontwikkelen. Daarbij is er vaak sprake van clustering van risicofactoren, zodat het wegnemen van één risicofactor niet volstaat om het ontstaan van ziekte te voorkómen. Het is een complexe combinatie van leefstijl, fysieke, genetische en sociale omgevingsfactoren die mensen op termijn (chronisch) ziek maakt.

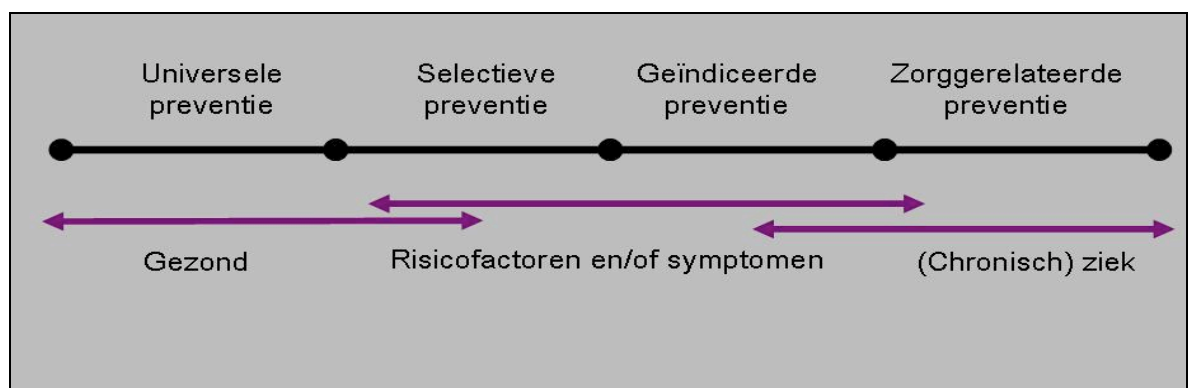
*Clustering van
risicofactoren*

*Preventie van
chronische
ziekten*

De klassieke definitie van preventie (en curatie) past niet goed bij dit chronische ziektemodel. Het onderscheid tussen het voorkómen van ziekten en het behandelen/verzorgen van ziekten is niet meer scherp te maken.⁽¹⁶⁾ Denk bijvoorbeeld aan het toedienen van statines aan mensen met hypertensie. Is dit nu een preventieve of een curatieve maatregel? Kortom, preventie en gezondheidsbevordering houden niet op wanneer een chronische ziekte zich manifesteert. Verder speelt mee dat één preventieve maatregel niet meer afdoende is om comorbiditeit en chronische ziekten te voorkómen en/of verdere progressie van ziekte te beteugelen. Hiervoor is de inzet van een afgewogen pakket van individuele en collectieve interventies nodig.

Het College van Zorgverzekeringen (CVZ) onderkent deze ontwikkeling en stelt daarom een nieuwe conceptualisering van preventie voor die beter past bij het chronische ziektemodel.⁽⁴⁾ Hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen collectieve preventie bestaande uit universele en selectieve preventie enerzijds en individuele preventie bestaande uit geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie anderzijds.

- *Universele preventie* richt zich op de hele bevolking en heeft tot doel de gedragsgerelateerde gezondheid te bevorderen;
- *Selectieve preventie* heeft tot doel specifieke (hoog)risicogroepen te identificeren en gerichte preventieprogramma's uit te voeren om hun gezondheid te bevorderen;
- *Geïndiceerde preventie* richt zich op het individu waarbij wel gezondheidsklachten aanwezig zijn, maar waar de diagnose niet is gesteld. Het doel hierbij is gezondheidsschade te voorkomen door interventie;
- *Zorggerelateerde preventie* is een essentieel en integraal onderdeel van goede zorg voor mensen met een of meerdere gezondheidsproblemen. Het gaat hierbij om het vermijden dan wel verminderen, vertragen of terugdringen van de complicaties en ondersteuning bij de zelfredzaamheid.



Figuur 2.1: conceptualisering preventie zoals voorgesteld door het CVZ (2007)

In figuur 2.1 geeft de door het CVZ voorgestelde conceptualisering weer. Deze conceptualisering van preventie wordt in dit visiedocument als uitgangspunt

genomen, al worden er wel enkele kanttekeningen bij geplaatst. Allereerst betreft de conceptualisering van het CVZ alleen preventie, terwijl de noodzakelijke transitie van een acuut naar een chronisch ziektemodel ook consequenties heeft voor de conceptualisering van curatie en verzorging, omdat deze begrippen onderling steeds meer verstrengeld raken. Het is zelfs de vraag of preventie wel op een zinvolle manier kan worden geconceptualiseerd wanneer curatie en verzorging buiten beschouwing worden gelaten. (Nota bene: in de oorspronkelijke figuur in het CVZ-advies is 'zorg' ook expliciet opgenomen). Uiteindelijk zullen nieuwe concepten ontwikkeld moeten worden die preventie, curatie en zorg omvatten of zelfs vervangen.

Daarnaast is de conceptualisering van het CVZ vooral geschikt voor het debat over de keuze van vormen van preventie die vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw) vergoed moeten worden. Daarbij gaat het niet alleen om de bovengenoemde inhoudelijke aspecten, maar ook om de vraag of een bepaalde maatregel verzekeraar is, ofwel als privaat goed op de zorgmarkt kan worden gebracht. Hierdoor is de CVZ-definiëring niet vanzelfsprekend waardevrij en geschikt voor het debat dat de gezondheidsfondsen willen aangaan. Het organiseren en financieren van preventie op de langere termijn gaat verder dan alleen het aangeven welke preventieactiviteiten binnen de curatieve zorg ondergebracht kunnen worden. Het voorkómen van chronische ziekten vraagt om een afgewogen pakket van preventieactiviteiten. Dit pakket overstijgt per definitie de afzonderlijke Nederlandse gezondheidszorgsectoren en de daarbij behorende wettelijk regelingen (Wpg, Wmo, AWBZ en Zorgverzekeringswet). Het valt bijvoorbeeld te nog maar bezien of zorggerelateerde preventie voldoende scherp is gedefinieerd om er binnen voorgenoemde sectoren mee uit de voeten te kunnen.

Tot slot wordt in de literatuur opgemerkt dat de expansie van het concept preventie naar de individuele gezondheidszorg (curatie en verzorging) alleen zinvol is als daaraan het perspectief van public health ten grondslag ligt. Binnen de individuele gezondheidszorg worden risicofactoren steeds meer behandeld als ware het ziekten. Door dit soort behandeling preventie te noemen wordt de suggestie gewekt dat deze individuele interventies optimaal bijdragen aan het verbeteren van de volksgezondheid, maar dat is vaak onvoldoende wetenschappelijk aangetoond.⁽¹²⁾

Veelal ontbreekt het bij onderzoek naar deze nieuwe vormen van preventie aan een populatieoriëntatie. Dit blijkt onder andere uit het gebruik van individuele relatieve risico's² in plaats van populatie attributieve fracties³.

² Het relatieve risico is de verhouding van de ziekte-incidentie bij personen met en zonder blootstelling aan een specifieke risicofactor.

³ Het relatieve belang van een risicofactor voor de volksgezondheid wordt in de epidemiologie vaak uitgedrukt met de populatieattributieve fractie, de PAF. Deze wordt gedefinieerd als de proportie van de totale incidentie (of sterfte) van een bepaalde ziekte binnen de bevolking die toe te schrijven is aan een specifieke risicofactor.

3 DYNAMIEK IN DE ORGANISATIE & FINANCIERING

VAN PREVENTIE

Samenvatting

De huidige dynamiek in de organisatie en financiering van preventie biedt (te) weinig mogelijkheden om een afgewogen pakket van preventieactiviteiten structureel in het reguliere zorgaanbod te verankeren. Dit heeft enerzijds te maken met bestaande professionele en institutionele domeinen, die zorgen voor versnippering van preventie-expertise en een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Anderzijds ontbreekt het aan een consistente en coherente sturing vanuit gemeenten en zorgverzekeraars om die bestaande professionele en institutionele domeinen te doorbreken. Ze benutten hun (financiële) mogelijkheden te weinig en lopen ook tegen de grenzen van bestaande wet- en regelgeving aan.

3.1 Versnippering en gebrek aan regie

Markt ligt open

De markt voor nieuwe preventieve interventies ligt min of meer open. Dit is zowel zichtbaar aan de vraagzijde als de aanbodzijde. De vraag naar preventie in de bevolking is de afgelopen jaren toegenomen. Denk hierbij aan de enorme belangstelling voor zelftests zoals de Cholesteroltest, de Diabetestest, en de Niercheck.⁽¹⁷⁾ Ook patiëntenorganisaties hebben steeds meer aandacht voor preventie.⁽¹⁸⁾

Aan de aanbodzijde valt op dat er heel veel landelijke en lokale initiatieven zijn ontstaan. Denk aan interventies zoals de beweegkuur (www.beweegkuur.nl), het preventiekompas (www.preventiekompas.nl), het preventieconsult (www.preventieconsult.nl), Big!Move (www.bigmove.nu), van Klacht naar Kracht (www.vanklachtnaarkracht.com), Bewegen op Recept.⁽¹⁹⁾ Ook thuiszorgorganisaties ontwikkelen een preventieaanbod (www.preventiethuiszorg.nl). Ketenzorg wordt opgezet voor chronische ziekten zoals diabetes, en preventie krijgt daarin een duidelijke plaats toebedeeld.⁽²⁰⁾ Ziekenhuizen en medisch specialisten experimenteren met preventiepoli's als een polikliniek voor Jeugd en Alcohol (www.polikliniekjeugdenalcohol.nl). Commerciële bedrijven bieden 'total body scans' en lichaams-APK's aan.⁽¹⁷⁾ Tot slot bewegen bedrijfsartsen, Arbodiensten en

werkgevers zich ook steeds meer op het terrein van preventie.⁽²¹⁾ Al deze interventies en (lokale) illustreren een breed draagvlak voor preventie en gezondheidsbevordering in de zorg. Dit is in de kern een positieve ontwikkeling, die de in hoofdstuk 2 geschetste transitie van een acuut ziektemodel naar een chronisch ziektemodel weerspiegelt.

*Wildgroei en
versnippering*

De ontwikkeling en verankering van bovengenoemde preventieve interventies verlopen volgens de experts niet zonder horten en stoten. Regie en overzicht ontbreken, waardoor het gevaar van wildgroei en versnippering op de loer ligt. Partijen proberen zelf, of in strategische coalities, het wiel uit te vinden (wat vanuit concurrentieoogpunt en beroepsbelang begrijpelijk is). Daarbij komt dat van veel initiatieven nog onbekend is hoe (kosten)effectief ze zijn, wat hun bereik is, en of ze een zinvolle bijdrage leveren aan het verbeteren van de volksgezondheid.

*Centrum
Gezond Leven*

Tegen deze achtergrond heeft VWS het Centrum Gezond Leven (CGL) opgericht (<http://www.loketgezondleven.nl/centrum-gezond-leven>) om de stand van zaken rondom gezondheidsbevordering en preventie in Nederland te monitoren en in kaart te brengen. Het CGL beoordeelt de kwaliteit en effectiviteit van interventies en verleent aan effectieve interventies een keurmerk (certificering).

*Geïntegreerde
eerstelijnszorg*

Daarnaast wordt ingezet op het bevorderen van samenwerking tussen verschillende professionals en zorgaanbieders om de versnippering tegen te gaan en zo een infrastructuur op te bouwen om innovatieve preventie in de zorg te verankeren. Diverse publicaties van de laatste jaren laten zien dat er een brede consensus is om de eerstelijnszorg een centrale rol toe te bedelen bij deze samenwerking.^(22, 23) De meeste mensen bezoeken wel eens per jaar of vaker de huisarts of een andere eerstelijnszorgverlener. Daardoor leent de eerstelijnszorg zich goed voor het vroegtijdig signaleren van mensen met een bepaald risicoprofiel. Bijkomend voordeel is dat de eerstelijnszorg laagdrempelig is en dicht bij de mensen staat, waardoor mensen gevoeliger zijn voor gezondheidsadviezen. Voor een geïntegreerd aanbod van eerstelijnszorg en preventie wordt vooral gewerkt aan het opzetten van

multidisciplinaire gezondheidscentra die de schaalgrootte bieden om preventie programmatisch⁴ op te zetten.

*Probleem-
eigenaarschap*

Het blijkt echter niet makkelijk een dergelijke samenwerking te organiseren en vooral te regisseren, zeker wanneer kennis nog in ontwikkeling is, gezondheidsrisico's onzeker zijn en de benodigde expertise nog onvoldoende is uitgekristalliseerd.⁽²⁴⁾ Ook het multidisciplinaire karakter van de expertise die vaak nodig is om nieuwe interventies toe te passen speelt hierbij een rol: het is niet altijd duidelijk welke professionals en/of zorgaanbieders probleemeigenaar zijn, en dus het meest aangewezen zijn de nieuwe interventie aan te bieden of het initiatief daartoe te nemen. In de lokale situatie kan dit verlamdend werken zodat er uiteindelijk niets gebeurt. Ook ontbreekt het in eerstelijnszorg aan ondersteuning (overhead) om actief de samenwerking te zoeken. De investeringen in lokale samenwerking komen bovenop het reguliere werk, zodat er onvoldoende basis is om er structureel aandacht aan te geven. Verder ontbreekt de juiste professionele houding. Diverse experts wijzen erop dat een ziekteoriëntatie nog dominant is onder zorgverleners. Een oriëntatie waarin het gezond houden van de eigen patiëntenpopulatie voorop staat, in de kern *public health*, is nog geen gemeengoed.

*Individualisering
van preventie*

Tot slot valt op dat bestaande initiatieven vooral geïndiceerde preventie betreffen. Dit is niet verwonderlijk, omdat hierop door beleidsmakers, vooral VWS en het CVZ, nadrukkelijk is ingezet.⁽⁴⁾ Punt van aandacht is dat geïndiceerde preventie alleen zin heeft als hoogrisicogroepen worden opgespoord en naar het zorgaanbod worden toegeleid. Men bereikt alleen de mensen die zich al bewust zijn van hun gezondheidsrisico, bijvoorbeeld hypertensie of hypercholesterolaemie. Voor deze groep is het aanbod van geïndiceerde preventie afdoende, omdat ze zelf vragen om een preventieve test. Een veel grotere groep is zich helemaal niet bewust van het hoge risico op ziekte en vraagt niet om een preventieve test. Wil bijvoorbeeld de beweegkuur daadwerkelijk een bijdrage kunnen leveren aan het reduceren van

⁴ Onder programmatische preventie vallen programma's die gericht zijn op een groep personen met bepaalde risicokenmerken. Dergelijke vormen van preventies richten zich op een afgebakende risicogroep en de uitvoering vindt plaats volgens een vooraf omschreven programma, taakverdeling en werkwijze. Bovendien wordt het bereik van de doelgroep gevolgd.

overgewicht⁵, dan moet deze groep actief wordt opgespoord worden, en toegeleid naar het zorgaanbod. Op dit moment is dit voortraject (selectieve preventie) onvoldoende georganiseerd. Het is onduidelijk door wie en hoe dit voortraject het beste kan uitgevoerd.

3.2 Vacuüm in de sturing en daardoor financieringsschotten

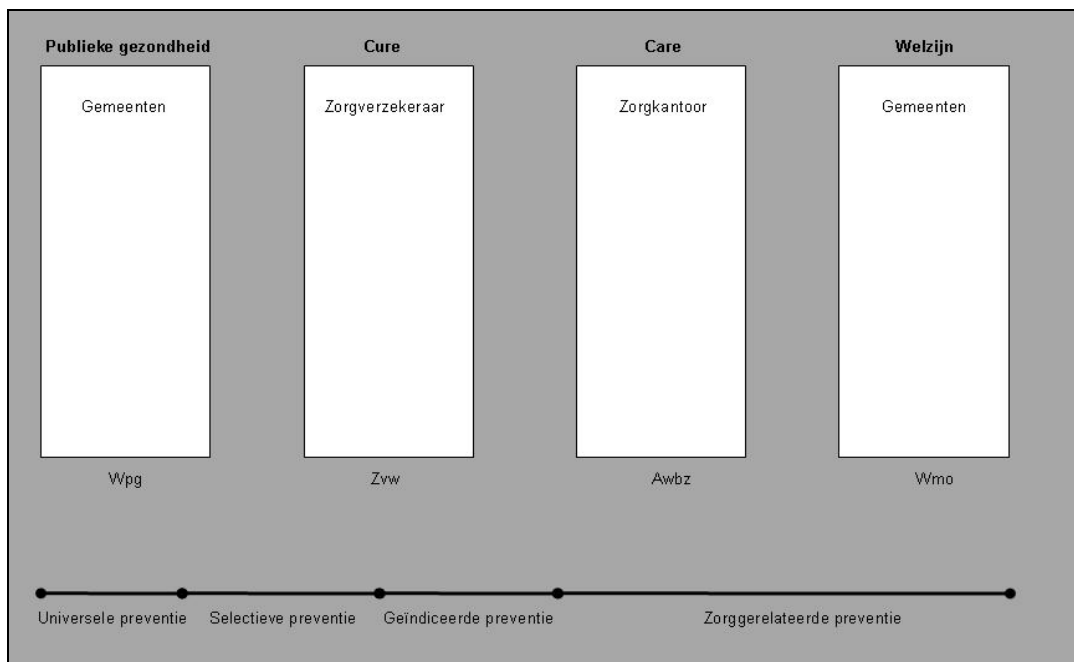
Gemixt systeem

De Nederlandse gezondheidszorg is een gemengd privaat-publiek systeem. Er bestaan vier verschillende sectoren met ieder hun eigen wettelijke kader, financieringssystematiek, financier en sturingsfilosofie. Het gaat hierbij om de publieke gezondheid, de curatieve sector (*cure*), de verpleeg- en verzorgingssector (*care*), en de welzijnssector. Gemeenten hebben een sturende rol binnen de publieke gezondheid en de welzijnssector. Zorgverzekeraars sturen de curatieve sector aan, terwijl zorgkantoren het uitvoeringsorgaan voor de verpleeg- en verzorgingssector zijn.

Schotten in de financiering

Doordat bovengenoemde sectoren en hun onderliggende wettelijke regelingen onvoldoende op elkaar aansluiten, ontstaan er problemen in de financiering van preventieve interventies. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zijn tot dusver te weinig in staat samen deze zogeheten ‘financieringsschotten’ te overbruggen. Hierdoor is er bijvoorbeeld geen financiering van selectieve preventie omdat die precies tussen de publieke gezondheid en *cure* invalt (zie figuur 3.1). In de praktijk is de financiering van innovatieve preventieve activiteiten daarom afhankelijk van de welwillendheid van gemeenten en zorgverzekeraars.

⁵ De afgelopen kwart eeuw steeg het aantal mensen met overgewicht van eenderde tot bijna de helft van de bevolking. Het percentage mensen met obesitas is sinds 1980 verdubbeld van 5 tot 11% van de volwassenen.⁽⁹⁾



FIGUUR 3.1: VIER VERSCHILLENDE SECTOREN EN FINANCIERS

Ontbreken van samenwerking

Wanneer deze financiers niet thuis geven is er geen instrumentarium dat hen kan dwingen alsnog financiering te regelen. Gemeenten, zorgverzekeraars, en zorgkantoren vinden elkaar maar moeizaam door hun onverenigbare sturingsfilosofieën. Zorgverzekeraars opereren op een concurrerende markt, terwijl gemeenten te maken hebben met de uitvoering van taken van de Wet publieke gezondheid (Wpg), met lokale prioriteiten, én gedecentraliseerde verantwoordelijkheden en vraagsturing voor de Wmo. Zorgkantoren hebben in het kader van de (AWBZ) een uitvoerende rol. Positieve uitzonderingen daargelaten lukt deze partijen nauwelijks deze verschillen⁶ te overbruggen en de noodzakelijke dwarsverbanden tussen de sectoren te leggen.

Aansluiting van wetten

In dit licht bezien is het positief dat het CVZ de reikwijdte van de zorgverzekeringwet en de verantwoordelijkheid van verzekeraars heeft afgebakend.⁽⁴⁾ Daarmee komt er duidelijkheid over de rol en verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars met betrekking tot preventie. De bal ligt nu bij de *public*

⁶ Nota bene: Het bestaan van verschillende wettelijke arrangementen met onverenigbare sturingsfilosofieën is ook functioneel in de zin dat het recht doet aan de pluriformiteit van doelen, verantwoordelijkheden en de aard van de zorgverlening die wordt geleverd.

health, de *care* sector en de welzijnssector om ook hun verantwoordelijkheden en rollen ten aanzien van preventie (opnieuw) af te bakenen of aan te scherpen. Zolang dit niet gebeurt, blijft het onduidelijk hoe voornamelijk selectieve preventieactiviteiten structureel kunnen worden gefinancierd.

*Prikkels voor
zorgverzekeraar*

Naast de afstemmingsproblemen tussen de sectoren dragen ook knelpunten binnen iedere sector afzonderlijk bij aan de geschetste problematiek. Sommige experts stelden de wezenlijke vraag of preventieve interventies wel binnen de zorgverzekeringswet verzekeraar zijn. Het CVZ heeft daar in zijn advies 'Van preventie verzekerd' een uitspraak over gedaan.⁽⁴⁾ Het college concludeert dat bepaalde interventies bij burgers met een ziekte of een verhoogd risico onder voorwaarden vallen onder de Zvw en de AWBZ. De komende periode verschijnen naast de al verschenen vervolgrapporten over diabetes, overgewicht en roken, ook rapporten over de twee andere prioritaire ziekten: depressie en overmatig alcoholgebruik.^(6, 5) Daarmee lijkt de financiering voor een vijftal vormen van geïndiceerde preventie gewaarborgd. De basisverzekering vergoedt andere vormen van geïndiceerde preventie. De financiering van selectieve preventie (toegeleiding en opsporing van mensen met een hoog risico) valt echter buiten de Zvw en basisverzekering.

*Verkoop
strategie
dominant*

Het gaat er niet alleen om dat zorgverzekeraars financiële middelen beschikbaar stellen, maar vooral ook dat ze met visie en leiderschap sturing geven aan het zorgsysteem door het selectief contracteren van zorgaanbieders, idealiter in samenwerking met gemeenten. In de concurrerende markt waarin zorgverzekeraars opereren, gaat het er dan om of ze voldoende prikkels hebben deze rol op zich te nemen.

Individuele aanspraken: Een zorgverzekering is een individueel goed. Als verzekerde kan men wettelijk aanspraak maken op de in het basispakket omschreven prestatie. Individuele verzekerden kunnen geen wettelijke aanspraak maken op collectieve vormen van preventie (universeel en selectief).

Verzekerbaarheid: Preventieve interventies kunnen alleen in het basispakket worden opgenomen als er een balans is te vinden tussen betaalbaarheid en solidariteit. Iedere verzekerde kan wettelijk aanspraak maken op de zorg in het basispakket. Om de zorg betaalbaar te houden moeten strikte indicaties worden gesteld. Dit levert praktische problemen op, omdat preventie juist geïndiceerd is bij mensen die nog geen gezondheidsproblemen hebben.

Belang van omzetvergroting: Zorgverzekeraars ondervinden niet alleen nadeel van een hoge schadelast. Binnen de jaarrekening bepaalt het verschil tussen premie-inkomsten en zorguitgaven voor een deel het rendement. Dit stimuleert op de korte termijn schadelastbeheersing, maar op de langere termijn hebben zorgverzekeraars baat bij omzetvergroting, en dat verhoudt zich slecht met preventie.

Verdunning marktaandeel: Zorgverzekeraars opereren op een landelijke markt en verliezen daarmee hun lokale/regionale oriëntatie. Daarom is het niet altijd in het belang van voor zorgverzekeraars om in lokale gezondheidssystemen te investeren. Verzekerden van concurrerende verzekeraars profiteren daar dan immers mee.

Rendement van investeringen in preventie: Er is onvoldoende kennis over het rendement van investeringen in preventie. De kosten lopen te ver voor de baten uit.

Marketing: Vanwege marketingoverwegingen investeren zorgverzekeraars wel in preventie, maar dan gaat het soms om "pretpreventie" (denk aan de korting van VGZ op Becel). Het commerciële belang gaat dan boven het maatschappelijke/publieke belang.

Lage mobiliteit verzekerden: De mobiliteit van de individuele verzekerden was in 2007 en 2008 ongeveer 4%. Dat is te laag om zorgverzekeraars te prikkelen hun dienstverlening en zorginkoop te verbeteren, maar verzekeraars lopen hierdoor wel minder risico de baten van hun investeringen in gezondheid van de verzekerdenpopulatie mis te lopen.

Zorginkoop: Zorgverzekeraars maken tot op heden te weinig werk van zorginkoop. De NZa en het RVZ pleiten daarom voor een professionalisering van de zorginkoop. Dit vereist een forse investering in de eigen expertise. Het is de vraag of zorgverzekeraars dergelijke investeringen momenteel wel doen, omdat het onduidelijk is of verzekerden gevoelig zijn voor kwaliteitsprikkel naast financiële prikkels.

Paternalisme: De verzekerde zou de bemoeienis van de zorgverzekeraar met zijn leefstijl niet kunnen tolereren en daardoor van zorgverzekeraar kunnen veranderen, waardoor eventuele opbrengsten van gedane investeringen bij de concurrent terecht komen (*free riding*).

Tekstbox 3.2: redenen waarom verzekeraars terughoudend zijn met investeringen in preventie.

Bron: diverse experts, van der Grinten & Drewes (2007), NZa (2008), RvZ (2008)

Het is aan de verzekeraars zelf of ze met zorgaanbieders afspraken willen maken over de hoeveelheid, type, prijs en kwaliteit van de gecontracteerde zorg. Ze kunnen ook besluiten om de declaraties van zijn verzekerden te betalen en verder geen energie te steken in de zorginkoop.⁽²⁵⁾ In het laatste geval krijgt een verzekerde zijn nicotinepleisters vergoed, maar doet de verzekeraar geen verdere inspanningen deze zorg door kwalitatief goede zorgaanbieders te leveren tegen een goede prijs.

Monitoring van de zorgverzekeringsmarkt laat zien dat zorgverzekeraars vooralsnog te weinig werk maken van hun zorginkoop en verzekerden ondersteunen bij hun keuzen.^(25, 26) Een complex aan strategische overwegingen ligt aan dit soort strategische keuzen ten grondslag. Bovendien is het de vraag of zorgverzekeraars willen investeren in innovatieve preventieve interventies (zie tekstbox 3.2) Zolang zorgverzekeraars onvoldoende worden gestimuleerd in het inkopen van kwaliteit en doelmatigheid zorg, zal het in de praktijk moeilijk blijven zorgverzekeraars en gemeenten samen te laten optrekken.

*Lokaal
gezondheids
beleid*

Op hun beurt hebben gemeenten problemen om lokaal gezondheidsbeleid te formuleren en uit te voeren. Hoewel gemeenten wettelijk verplicht zijn eens per vier jaar een lokaal gezondheidsbeleid te formuleren, geeft een aantal gemeenten onvoldoende sturing en invulling aan deze wettelijke verplichting.⁷ Volgens enkele geïnterviewde experts komt dit doordat het gemeenten vaak ontbreekt aan visie, kennis en capaciteit (zie ook tekstbox 3.3). Wethouders met volksgezondheid in hun portefeuille hebben vaak weinig kennis van de sector, maar moeten wel in een complex politiek bestuurlijk krachtenveld opereren. Concreet betekent dit laveren tussen raad, college, ambtenaren, en GGD'en. In dat proces gaat veel tijd zitten, wat uiteindelijk ten koste gaat van de beleidsuitvoering en de aansturing van het lokale gezondheidssysteem. Hierdoor financieren ze lokaal gezondheidsbeleid en daaraan gekoppelde preventieve interventies vaak ad hoc en op projectbasis. Zo lukt het gemeenten onvoldoende om binnen de publieke gezondheidssector de toegeleiding en vroegdiagnostiek (selectieve preventie) structureel te organiseren en te financieren, positieve uitzonderingen daargelaten.

⁷ Zie toespraak van inspecteur-generaal Gerrit van der Wal voor het congres van de NCVGZ: 'Over bruggen en grenzen: beleid, onderzoek en praktijk' op www.igz.nl.

Taaie bestuurscultuur: wethouders moeten in een complex politiek-bestuurlijk krachteveld lokaal gezondheidsbeleid zien te maken. Om voldoende middelen te krijgen moeten ze de raad, het college, het ambtenarenapparaat en de GGD bespelen. Dit vraagt veel tijd, energie en oplettendheid, waardoor er minder aandacht is voor het aansturen van het lokale gezondheidssysteem.

Afbakening met andere beleidsterreinen is lastig: Lokaal gezondheidsbeleid is "grenzeloos" ; het kan zo breed getrokken worden als men wil (intersectoraal beleid). Daardoor wordt het voor lokale bestuurders en ambtenaren ongrijpbaar en weinig concreet.

Gebrekkig instrumentarium: Gemeenten hebben weinig instrumenten om lokaal beleid handen en voeten te geven. De gezondheidsinformatie is vaak onvoldoende op orde en instrumenten zijn vaak eendimensionaal en ziektespecifiek. Daardoor is het moeilijk een lokale vertaalslag te maken. Zo zal een preventiemaatregel ter reductie van overmatig alcoholgebruik meer kans van slagen hebben, wanneer aspecten als overlast, criminaliteit, schoolverzuim e.d. ook worden meegenomen.

Gebreuk aan capaciteit: in kleine gemeenten is er weinig capaciteit beschikbaar om gezondheidsbeleid te maken. Vaak zit er één ambtenaar die daarvoor één of twee dagen de tijd heeft en zich verder met andere beleidsterreinen bezighoudt.

De prikkels in het zorgsysteem zijn onvoldoende afgestemd: de voordelen van de investeringen die gemeenten in de volksgezondheid doen komen terecht bij het zorgkantoor, de zorgverzekeraar, en de werkgevers. Overigens is dit wel aan het veranderen door de komst van de Wmo.

De vierjaarlijkse cyclus van de gemeenteraad botst met de langetermijnvisie die volksgezondheidsbeleid nodig heeft. Een wethouder moet kunnen "scoren" in zijn vierjarige ambtsperiode en dat verhoudt zich slecht met de lange adem die nodig is om lokaal gezondheidsbeleid goed in te vullen.

Prestige volksgezondheid: De portefeuille volksgezondheid heeft onder lokale bestuurders en ambtenaren niet de hoogste status.

Implementatie nota's volksgezondheid: De Inspectie voor de Gezondheidszorg concludeerde in diverse rapportages dat de implementatie van gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid vaak tekortschiet. Het gaat te vaak om algemene intenties in plaats van het concreet realiseren van expliciete doelen via een plan van aanpak.

Tekstbox 3.3: redenen waarom gemeenten preventie veelal op ad hoc basis financieren

Bronnen: diverse experts, VNG (2009), IGZ (2009)

*Wmo &
preventie*

Vergelijkbare problemen zijn er bij het organiseren en financieren van zorggerelateerde preventie. Met de invoering van de Wmo is de rol van de gemeente in het lokale gezondheidszorgsysteem uitgebreid. Hier liggen kansen om preventie en de Wmo te verbinden. De Wmo heeft tot doel maatschappelijke participatie, zelfredzaamheid, actief burgerschap en sociale samenhang op lokaal niveau te organiseren. Pas wanneer burgers het niet meer zelf redden, kunnen ze gebruik maken van ondersteuning vanuit de Wmo. Met de verantwoordelijkheid voor het lokale preventiebeleid voor groepen (selectieve preventie) en de gehele bevolking (universele preventie) heeft de gemeente de mogelijkheid om de lokale volksgezondheid te bevorderen en daarmee een belangrijke conditie voor

maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid te creëren. Denk bijvoorbeeld aan valpreventie bij ouderen en het tegengaan van overbelasting van mantelzorgers. Succesvol gezondheidbeleid kan overbelasting van mantelzorgers in de kiem smoren en zo uiteindelijk de vraag naar Wmo-zorg verminderen. Tegen deze achtergrond wordt bepleit om de lokale nota's volksgezondheid en Wmo in elkaar te schuiven om daarmee de wederzijdse wisselwerking en benutting te bevorderen. In de praktijk komt dit nog onvoldoende uit de verf.⁽²⁷⁾

*Financiering
zorggerelateerde
preventie*

Een soortgelijke wisselwerking bestaat in theorie ook tussen de AWBZ en Wmo. Veel chronisch zieken zijn en blijven aangewezen op zorg. Goede Wmo-zorg, bijvoorbeeld in de vorm van woningaanpassingen en ondersteuning van mantelzorgers, helpt voorkómen dat patiënten zieker worden en afhankelijker worden van zorg (= zorggerelateerde preventie). In de praktijk gebeurt dit echter nog niet, omdat gemeenten en zorgkantoren nog aan het uitvinden zijn hoe ze de bruggen tussen AWBZ en Wmo kunnen slaan. Daarbij speelt volgens één van de experts dat de huidige financieringssystematiek van AWBZ en Wmo het ontwikkelen en aanbieden van zorggerelateerde preventie belemmert. Ouderen die opgenomen worden in een verpleeg- en/of verzorgingshuis worden bij binnenkomst zorgafhankelijk gemaakt. Om de productie en dus inkomsten te maximaliseren hebben instellingen daar belang bij. Het systeem stimuleert zorgverleners niet om te beoordelen wat cliënten nog wel kunnen.

4 LANGE-TERMIJNVISIE

Samenvatting

De Gezondheidsfondsen beschouwen preventie als een cruciaal element van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in de 21^{ste} eeuw. Preventieve activiteiten kunnen een bijdrage leveren aan het voorkomen van chronische ziekten en zouden de vraag naar zorg kunnen indammen dan wel uitstellen. Om dit soort activiteiten structureel georganiseerd en gefinancierd te krijgen dienen burgers, rijksoverheid, gemeenten, zorgverzekeraars, en veldpartijen te worden gestimuleerd en in staat gesteld samen te werken. Alleen vanuit een gezamenlijke aansturing van het preventieve zorgaanbod kan een afgewogen en kosteneffectief pakket van preventie-interventies ontstaan dat bijdraagt aan het verbeteren van de volksgezondheid.

Inrichting
gezondheidszorg-
systeem

Het functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg op de langere termijn staat onder druk door bijvoorbeeld vergrijzing en ontgroening, de epidemie van chronische ziekten, de stijgende kosten en de voorziene personeelstekorten. Om de druk op het systeem te verlichten menen de gezondheidsfondsen dat het systeem veel meer rondom chronische ziekten moet worden georganiseerd. Preventie en gezondheidsbevordering moeten daarbij een centrale positie innemen in het zorgsysteem. Vroege opsporing van risicogroepen en adequate begeleiding en behandeling daarvan, zou de vraag naar zorg als gevolg van (chronische) ziekte kunnen indammen en/of uitstellen en de kwaliteit van leven verbeteren. Dit bredere perspectief onderstreept het belang om preventieprogramma's ter voorkoming van chronische ziekten structureel in de gezondheidszorg te verankeren.

Preventie-
programma's
voor chronische
ziekten

In Nederland bestaan al dergelijke structurele preventieprogramma's. Denk bijvoorbeeld aan het Rijksvaccinatieprogramma, de hielprik, screening op borst- en baarmoederhalskanker en de griepvaccinatie. Soortgelijk programma's zouden ook ontworpen kunnen worden voor chronische ziekten (o.a. diabetes, depressie, en hart- en vaatziekten) en de belangrijkste onderliggende risicofactoren (o.a. roken, te weinig bewegen, ongezond eten). Chronische ziekten als diabetes zijn niet het gevolg van een enkele risicofactor, maar van een kluwen aan fysieke, sociale,

gedragsgerelateerde en genetische risicofactoren. Daardoor bestaan er geen *golden bullets*, oftewel enkelvoudige interventies die in één klap het optreden van de chronische ziekte voorkomen. Preventieprogramma's ter voorkoming van chronische ziekten moeten per definitie bestaan uit een afgewogen pakket van zorggerelateerde, geïndiceerde, selectieve en universele preventieve interventies om optimaal gezondheidswinst te kunnen boeken. Alleen het ontwikkelen van preventieve interventies in het zorgdomein (Zvw & AWBZ) lijkt niet afdoende. Een samenhangende preventieketen moet ook het publieke gezondheidsdomein (Wpg) en het maatschappelijke domein (Wmo) beslaan. Een beweegprogramma heeft bijvoorbeeld weinig zin zolang het aanbod van sportverenigingen onvoldoende is.⁽²⁸⁾

*Probleem-
eigenaarschap*

In het huidige zorgstelsel lukt het nog onvoldoende om zo'n afgewogen pakket van interventies structureel te organiseren en financieren. De benodigde expertise ontbreekt en het huidige aanbod is te versnipperd. Bovenal ontbreekt de regie, omdat geen enkele partij zich opwerpt als dé probleemeigenaar. De fondsen zijn van mening dat de Nederlandse burger in beginsel zelf verantwoordelijk is voor zijn gezondheid, en dus de probleemeigenaar is. Maar de fondsen zien ook in dat sommige burgers hun leefstijl en gezondheidsgedrag onvoldoende als problematisch ervaren of hun gedrag niet kunnen veranderen. De Rijksoverheid heeft hier dus de grondwettelijke verplichting om maatregelen voor de volksgezondheid te nemen, maar schiet hierin tekort omdat er onvoldoende consensus is over waar haar verantwoordelijkheid begint en die van de burger eindigt. Bovendien heeft de centrale overheid sturingsverantwoordelijkheden en uitvoeringstaken gedelegeerd aan gemeenten en zorgverzekeraars. Zij moeten op hun beurt binnen een context opereren, waarin het regisseren van een structureel preventieaanbod niet vanzelfsprekend is. Daarom kent de volksgezondheid niet één probleemeigenaar, maar meerdere deelprobleemeigenaren. De fondsen vinden daarom dat de regie niet bij één partij kan worden neergelegd, maar dat alle partijen dit samen moeten doen.

Spel leren spelen

Dit gebeurt nu nog te weinig doordat de Rijksoverheid, burgers, gemeenten, en zorgverzekeraars de mogelijkheden die de relatief nieuwe wettelijke kaders bieden nog niet ten volle benutten. Ze moeten het spel nog beter leren spelen en ontdekken

hoe ze samen een *business case*⁸ kunnen ontwikkelen. Zo zouden gemeenten en zorgverzekeraars baat kunnen hebben bij het betrekken van preventie bij de collectieve zorgverzekeringen voor minima die gemeenten met zorgverzekeraars al sinds een jaar of tien afsluiten. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 hebben de collectieve zorgverzekering voor minima een grote vlucht genomen. Ze worden vooral afgesloten in het kader van sociaal beleid om de toegankelijkheid van de zorg voor de minima te waarborgen. Gemeenten kunnen premiekortingen bedingen doordat zorgverzekeraars minder administratieve kosten hoeven te maken voor het innen van premiegelden. De mogelijkheden van deze collectieve zorgverzekering worden momenteel onvoldoende onderkend. Lokaal gezondheidsbeleid richt zich veelal op dezelfde minima, omdat ze relatief ongezonde bevolkingsgroepen representeren waar met preventie en gezondheidsbevordering de meeste gezondheidswinst valt te boeken. Hier liggen dus kansen voor gemeenten en zorgverzekeraars om win-winsituaties te creëren. Door ook inhoudelijke aspecten in de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor minima te betrekken, kunnen zorgverzekeraars en gemeenten hun beleid onderling afstemmen. Ze zouden bijvoorbeeld in de aanvullende verzekering aanspraken op een beweegprogramma kunnen opnemen, waarbij afspraken worden gemaakt over cofinanciering en de verdeling van (verwachte) baten.

*Instrumenteren
van de
samenwerking*

Hoewel de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars zich dus nog moet uitkristalliseren, is toch al gericht beleid wenselijk om samenwerking verder te stimuleren. Om een gezamenlijke aansturing (en dus financiering) vanuit gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren op de langere termijn mogelijk te maken, moeten de verschillende stuurcycli met elkaar worden verknoot. Dit vraagt om concrete beleidsactie op de volgende vijf hoofdlijnen:

*Beleid op vijf
hoofdlijnen*

1. Het beschikbaar maken van regionale/lokale epidemiologische informatie over de gezondheidstoestand van de lokale bevolking;

⁸ Een *business case* is een projectmanagementterm waarin de zakelijke afweging om een project of taak te initiëren beschreven wordt. Het bestaansrecht van een *business case* is dat tijdsafhankelijke hulpbronnen als geld of inspanning worden ingezet ter verbetering van een organisatie of onderneming.

2. Het ontwikkelen en beschrijven van kosteneffectieve preventieprogramma's met een aantoonbare meerwaarde voor de volksgezondheid;
3. Het ontwikkelen van een monitoringsysteem dat inzicht geeft in het functioneren van (delen van) preventieprogramma's op basis van kwaliteitsinformatie, kosteninformatie en 'geproduceerde gezondheid';
4. Het inbouwen van prikkels in de verschillende wettelijke regelingen die de gezamenlijke aansturing door gemeenten, verzekeraars (en zorgkantoren) bevorderen;
5. Het creëren van structurele randvoorwaarden in de organisatie van het zorgaanbod.

Ad 1. Volgens diverse experts hebben niet alle gemeenten hun informatievoorziening op orde. Adequate gezondheidsinformatie is een randvoorwaarde om tot goed lokaal gezondheidsbeleid te komen, en zeker om structurele preventieprogramma's voor chronisch zieken van de grond te krijgen. Gemeenten moeten hun informatievoorziening dus verbeteren. Verder valt te overwegen lokale gezondheidsinformatie uitsplitsbaar te maken naar zorgverzekeraar. Daarmee wordt onderkend en erkend dat gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor andere populaties. Om te kunnen sturen op gezondheid moeten verzekeraars inzicht hebben in de gezondheid van hun eigen verzekerdenpopulatie.

Ad 2. De inhoud van preventieprogramma's voor chronische ziekten moet systematisch worden ontwikkeld en beschreven. Dit betekent het eenduidig vastleggen welk afgewogen (*evidence-based*) pakket van interventies in een preventieprogramma past, analoog aan de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie voor mensen met diabetes type 2 en de zorgstandaard van de Nederlandse Hartstichting voor vasculair risicomanagement.⁽²⁹⁾ Hoewel universele en selectieve preventieactiviteiten nu nog geen onderdeel van deze zorgstandaarden uitmaken, wordt daar voor de nabije toekomst wel op geanticipeerd. Bij het systematisch ontwikkelen en beschrijven van de preventieprogramma's gaat het immers vooral het bepalen van de

kosteneffectiviteit en meerwaarde voor de volksgezondheid van het hele pakket van maatregelen in plaats van een beoordeling van iedere interventie afzonderlijk. Bovendien moet de mogelijkheid open gehouden worden om preventieprogramma's (of delen daarvan) voor verschillende chronische ziekten samen te voegen.

Ad 3. Financiers hebben inzicht nodig in het functioneren van (delen van) preventieprogramma's om het lokale zorgsysteem te kunnen aansturen. Dit vraagt om de ontwikkeling van uniforme kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieders minimaal moeten voldoen om een (deel van een) preventieprogramma te mogen aanbieden. Deze eisen voorkomen wildgroei en zorgen voor eenduidigheid bij het contracteren. Daarnaast moeten er ook prestatie-indicatoren worden ontwikkeld om de kwaliteit en kosten te kunnen monitoren en op grond daarvan de best functionerende zorgaanbieders te kunnen contracteren. Uiteindelijk is het wenselijk dat deze stuurinformatie gekoppeld wordt aan gezondheidsinformatie zodat sturing mogelijk wordt op basis van het perspectief van public health.

*Gezamenlijke
aansturing*

Ad 4. Inherent aan het Nederlandse zorgstelsel is de mengeling aan wettelijke regelingen en sturingsprincipes die daaronder ligt. Het lijkt niet aannemelijk dat de komende tien jaar een grote stelselwijziging wordt doorgevoerd. Het programmeren van preventieactiviteiten is dus op de langere termijn alleen mogelijk als gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk sturing gaan geven aan het lokale gezondheidszorgsysteem, als de rijksoverheid daarvoor de randvoorwaarden creëert, en als de burger daarin actief wordt betrokken. Deze gezamenlijke aansturing moet gestimuleerd worden door adequate prikkels in te bouwen in de bestaande wettelijke regelingen. In tabel 4.1 staat een aantal mogelijke aanpassingen in de Zvw die zorgverzekeraars zou stimuleren meer in preventie te investeren. Van gemeenten mag worden verwacht dat ze door de decentralisatie in het zorgsysteem in de lokale politiek meer prioriteit geven aan de professionalisering van het lokale gezondheidsbeleid en de daarvoor benodigde inzet van mensen en middelen. Kritisch toezicht en ondersteuning zijn noodzakelijk om te waarborgen dat dit ook werkelijk gebeurt.

Prikkel	Beschrijving
Risicovereveningsfonds	Door aanpassing van de verdeelsleutels in het risicovereveningssysteem zouden verzekeraars in theorie gecompenseerd kunnen worden voor investeringen in de gezondheid van verzekerden. De risicoverevening vindt echter plaats op basis van de kosten van zorggebruik in het voorgaande jaar. Dit betekent dat het voorspellen van de schadelast op basis van risicofactoren (roken, BMI e.d.) binnen de huidige systematiek niet mogelijk is. Ook ontbreken de benodigde gegevens (er zijn immers nog geen kosten gemaakt door zorggebruik).
Preventiefonds	Door een deel van de premiegelden in een fonds te storten en hieruit preventieprogramma's te financieren, worden investeringen non-concurrentieel. Zorgverzekeraars lopen dan geen risico dat concurrenten profiteren van hun investeringen in preventieprogramma's (<i>free riding</i>).
Eigen risico	Begin 2009 is een regeling ingegaan die zorgverzekeraars de mogelijkheid biedt bepaalde preventieve zorg of diensten buiten het verplichte eigen risico te laten vallen. Zorgverzekeraars kunnen zo verzekerden belonen door de kosten van een preventieprogramma buiten het eigen risico te houden (VWS, 2007). Vooralnog is het onduidelijk wat zorgverzekeraars met deze regeling gaan doen. Het was te kort dag om de regeling in 2009 te implementeren.
Health transfersysteem	Het <i>health transfer</i> systeem houdt in dat verzekeraars elkaar compenseren voor gemaakte preventiekosten als een verzekerde overstapt. Deze oplossing lijkt weinig praktisch, omdat het vraagt om extra registratie en uitwisseling van gegevens. Verder is het onduidelijk hoe de hoogte van de transfersom moet worden vastgesteld. Het is niet eenvoudig te becijferen wat de investeringen van de vorige verzekeraar 'waard' zijn in termen van voorkomen en/of uitgestelde schadelast.
Vergroten risicodragend vermogen	Het financiële risico dat zorgverzekeraars momenteel dragen is relatief beperkt. Aangenomen wordt dat zorgverzekeraars meer belang krijgen te investeren in de gezondheid van hun verzekerdenpopulatie (d.w.z. schadelast voorkomen) wanneer zij meer financiële risico's dragen. Dit zou relatief eenvoudig te bereiken zijn door bijvoorbeeld de nacalculatie af te schaffen en/of de periode op te rekken waarna risicoverevening plaatsvindt.
Preventie in basispakket	Het CVZ heeft het kabinet geadviseerd een aantal preventieve maatregelen op te nemen in het basispakket. Inmiddels is besloten dat het stoppen-met-roken-programma waarschijnlijk vanaf 2011 in het basispakket komt. Voor de Beweegkuur wordt 1 januari 2012 als gewenste invoeringsdatum genoemd.
Functionele bekostiging	Functionele bekostiging is een financieringsvorm die uitgaat van de zorgvraag van de patiënt en niet van de zorgverlener of organisatie die de zorg levert. Hiermee verwacht de overheid meer gerichte en efficiënte zorg te kunnen bieden aan chronisch zieken (Ministerie van VWS 2008). Door het vastleggen

	<p>zorgstandaarden en het onderbrengen van de uitvoering in een zorggroep, wordt de zorg gekoppeld aan de patiënt en dus overzichtelijker. Zorgverzekeraars bepalen zelf bij welke aanbieder ze zorg inkopen. De ontwikkeling van de functionele bekostiging gaat snel. Invoering van functionele bekostiging voor diabetes en cardiovasculair risicomangement is al beoogd voor 1 januari 2010. Uitgaande van het CVZ-advies valt selectieve preventie echter buiten de zorgverzekeringswet.</p>
--	---

Tabel 4.1: Genoemde suggesties om zorgverzekeraars te stimuleren in preventie te investeren

Ad 5. De ontwikkeling van een passende institutionalisering en beroepenstructuur is een structurele randvoorwaarde voor de samenwerking van gemeenten en zorgverzekeraars. Geïntegreerde eerstelijnszorg in samenhang met preventie en welzijn is daarbij een belangrijke eerste stap, maar niet het eindpunt. Vanuit het perspectief van public health moet de huidige beroepenstructuur veranderen omdat die onvoldoende aansluit bij het chronische ziektemodel. Een andere organisatie van professionele expertise is ook nodig vanwege voorziene personeelstekorten en stijgende kosten, maar vooral vanwege de groeiende behoefte aan generalisten in plaats van specialisten.⁽³⁰⁾

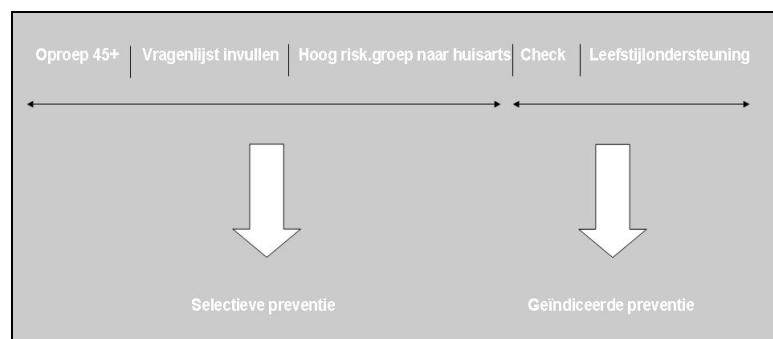
5 KORTE-TERMIJNVISIE

Samenvatting

Op de korte termijn vraagt de financiering van selectieve preventie aandacht. De urgentie is hoog aangezien het aantal mensen met een verhoogd risico op chronische ziekten de komende jaren sterk toeneemt. Selectieve preventie vormt een cruciale schakel in preventieprogramma's: het maakt mensen bewust van hun gezondheid en de eventuele gezondheidsrisico's die zij lopen. Bovendien maakt het vroegtijdig ingrijpen en het tegengaan van gezondheidschade mogelijk. Selectieve preventie is een vorm van een collectieve preventie die buiten het bereik van de Zorgverzekeringswet valt en daarom publiek zou moeten worden gefinancierd via de Wet publieke gezondheid.

Urgentie financiering selectieve preventie

Op de korte termijn is het belangrijk om financiering te vinden voor de vroegtijdige opsporing van hoogrisicogroepen en de toegeleiding naar het preventieve zorgaanbod (selectieve preventie). Het aantal mensen met een ongezonde leefstijl en ongunstige persoonsgebonden factoren neemt nog altijd toe. Als gevolg hiervan nemen (chronische) ziekten zoals diabetes, COPD, hart- en vaatziekten en nierziekten toe. Zo wordt er bijvoorbeeld tussen 2010 en 2025 een toename van het aantal personen met diabetes voorspeld van zo'n 80%.⁽³¹⁾ Structurele preventieprogramma's zijn noodzakelijk om te voorkomen dat deze voorspellingen uitkomen. Figuur 5.1 laat zien hoe een dergelijk preventieprogramma eruit zou kunnen zien en welk soort van activiteiten het zou moeten omvatten.



Figuur 5.1: Mogelijk preventieprogramma met activiteiten

*Urgentie
financiering
selectieve
preventie*

Door een gebrekkige afstemming tussen de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) is er geen financiering mogelijk voor een dergelijk preventieprogramma. Vooral selectieve preventie valt buiten de boot.⁹ De Zvw is geen optie omdat deze wet zich richt op individuele preventie en zorg. De eerste optie is financiering van selectieve preventie via de Wpg. Een andere mogelijkheid is om selectieve preventie onder te brengen bij het Nationaal Programma voor Bevolkingsonderzoek (NPB) en te financieren vanuit de Subsidieregeling publieke gezondheid. Daarnaast kunnen collectieven zoals gemeenten, werkgevers en patiëntenorganisaties worden gestimuleerd om via aanvullende collectieve contracten selectieve preventie gefinancierd te krijgen. We gaan nader in op deze drie opties.

*Financiering
via Wpg*

De eerste optie is om gemeenten via de Wpg verantwoordelijk te maken voor de financiering van selectieve preventie en zorg te dragen voor een adequate aansluiting op het overige (preventieve) zorgaanbod, zoals al is gebeurd met de preventieve zorg voor ouderen (Amendement Kant 65) en de prenatale voorlichting. Daartoe zou in de Wpg een wetsartikel moeten worden opgenomen. Vervolgens moeten via het gemeentefonds extra gelden beschikbaar komen. Dit betekent dat gemeenten verplicht worden in hun lokale gezondheidsbeleid aandacht te besteden aan het identificeren van hoogrisicogroepen en die toe te geleiden naar de zorg.

*Financiering
via NPB*

De tweede optie is het onderbrengen van selectieve preventieprogramma's voor chronisch ziekten bij het Nationaal Programma voor Bevolkingsonderzoek (NPB). Dit programma bestaat uit de door het rijk gefinancierde en door het RIVM aangestuurde landelijke screeningsprogramma's, zoals het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en de hielprik. De vroege opsporing van hoogrisicogroepen en toegeleiding naar de zorg zou met dit aanbod geïntegreerd kunnen worden.

⁹ De financiering van geïndiceerde preventie lijkt gewaarborgd gezien de vergevorderde besluitvorming ten aanzien van opname van aanspraken in de basisverzekering.

De derde optie is financiering via de collectieve contracten. Momenteel is 63% van de mensen collectief verzekerd, het merendeel (72%) via zijn/haar werkgever.⁽³²⁾ Voor zorgverzekeraars kan het een interessante verkoopstrategie zijn om collectieve contracten te verkopen waarin selectieve preventiemodules in de aanvullende verzekering worden aangeboden. Collectieven hebben een belang bij een gezondheidsbenadering, waarbij het voorkomen van (chronische) ziekten leidend is. De zorgwensen van collectieven worden dan actief in de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering ingebracht en werken vervolgens door in de zorginkoop. Omdat selectieve preventie voor iedereen beschikbaar dient te zijn, zien de fondsen deze oplossing als 'second best'.

Het is mogelijk dat de komst van de integrale bekostiging eerstelijnszorgaanbieders de prikkel geeft om een deel van de lumpsum te gebruiken om een selectief preventieaanbod te ontwikkelen en dat in de markt te zetten. Selectieve preventie fungeert dan als marketinginstrument om het aantal patiënten in de zorgketen te maximaliseren. Bovendien zou op termijn kunnen blijken dat selectieve preventie een noodzakelijk onderdeel van de zorgketen is om de gezondheid van een verzekerdencollectief te managen en aldus toe te voegen aan zorgstandaarden. Ook dan zal de discussie ontstaan hoe dit deel van de keten gefinancierd zou moeten worden. Het meest voor de hand liggend is dat het eerste deel van de keten, de selectieve preventie, gefinancierd wordt vanuit de Wpg en de rest van de keten vanuit de Zvw.

De drie genoemde financieringsopties hebben voor en nadelen (zie tabel 5.2).

FINANCIERINGSOPTIES	VOORDELEN	NADELEN
WET PUBLIEKE GEZONDHEID	<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijkheden voor integraal beleid - Gemeente als <i>countervailing power</i> in het lokale gezondheidszorgsysteem en hoeder van het publieke belang - Flexibel en contextgevoelig en daardoor selectieve preventie op maat 	<ul style="list-style-type: none"> - Capaciteit/expertise gemeenten - Kleine gemeenten zijn geen partij voor zorgverzekeraars - Aanbod van selectieve preventie verschilt per gemeente - Een aanwijzing vanuit het gemeentefonds voor een specifieke aanwending van budget wordt niet vaak toegepast en is niet populair

NATIONAAL PROGRAMMA VOOR BEVOLKINGS- ONDERZOEK	<ul style="list-style-type: none"> - (Kosten)effectief - Integratie met andere screeningsprogramma's (schaalvoordelen) - Uniforme uitvoering 	<ul style="list-style-type: none"> - Door zware toelatingsprocedures langdurig traject - Inflexibel - Paternalistisch - Aanbod gestuurd
AANVULLENDE VERZEKERING IN COLLECTIEVE CONTRACTEN	<ul style="list-style-type: none"> - Betrokkenheid collectieven (o.a. werkgevers, patiëntenorganisaties, gemeenten) - Vraaggestuurd via collectieven - Vorm van intersectoraal beleid - Binnen bestaande wettelijke kaders te realiseren 	<ul style="list-style-type: none"> - Diversiteit aan aanvullende contracten en daardoor inefficiënt (wildgroei) - Bereik van hoogrisicogroepen (groepen tussen wal en schip?) - Te vrijblijvend

Tabel 5.2: Voor- en nadelen financieringsopties

Het regelen van financiering voor selectieve preventie via de collectieve aanvullende contracten biedt onvoldoende waarborgen aangezien deze financieringsoptie niet dekkend is voor alle hoogrisicogroepen. Het onderbrengen van selectieve preventie in het Nationaal programma voor bevolkingsonderzoek is op de korte termijn logisch en verdedigbaar maar moeilijk te realiseren wegens de hoge eisen waaraan moet worden voldaan.

De gezondheidsfondsen zijn van mening dat voor de selectieve preventie een publiekrechtelijke financiering (Wpg) het meest wenselijk is. De fondsen beschouwen selectieve preventie als een publiek goed dat voor alle mensen beschikbaar en toegankelijk moet zijn. Dit standpunt is in lijn met het CVZ-advies, waarin alleen aanspraken op individuele preventie (geïndiceerde en zorggerelateerde preventie) in de basisverzekering kunnen worden opgenomen. De universele en selectieve preventie (inclusief vroegdiagnostiek en toegeleiding) vallen buiten het bestek van de zorgverzekeringswet en moeten dus op een andere manier gefinancierd worden. Met andere woorden, de korte termijnvisie van de fondsen borduurt voort op het CVZ-advies en houdt in dat het gat in de financiering van de selectieve preventie moet worden opgelost door financiering via de Wpg.

LITERATUUR

1. Westert G., Van den Berg M.J., Koolman X., et al. Zorgbalans 2008. Bilthoven: RIVM. 2008.
2. Lewis S, Saulnier M, Renaud M. Reconfiguring Health Policy: Simple Truths, Complex Solutions, pp. 509-523. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, eds. Handbook of Social Studies in Health & Medicine. London: Sage Publications. 2000.
3. Grinten, van der, T.E.D., Drewes J.B.J. Zorgverzekeraar & preventie, nieuwe kansen of business as usual? Zorg & Financiering 2007; (7): 9-15.
4. CVZ college van zorgverzekeringen. Van preventie verzekerd. 250. Diemen: CVZ. 2007.
5. CVZ college van zorgverzekeringen. Stoppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg! Diemen: CVZ. 2009.
6. CVZ college van zorgverzekeringen. Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie. Diemen: CVZ. 2009.
7. Price Waterhouse & Coopers (PWC). Pharma 2020: The Vision - which path will you take? PWC. 2007.
8. Oostrom T. Breekijzers voor preventie. Health Management Forum (HMF) 2008;
9. Hollander dAEM, Hoeymans N, Melse JM, et al. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM rapport 270061003. 2008. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
10. Samenwerkende Gezondheidsfondsen (SGF). Jaarplan commissie preventie. 2008.
11. Brug J, van der Maas PJ, Roscam Abbing EW. Primaire preventie. In: Mackenbach JP, van der Maas PJ, eds. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2008:190-2
12. Starfield B, Hyde J, Gervas J, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health 2008; 62(7): 580-3
13. Novotny TE. Preventing chronic diseases: everybody's business. In: Ellen Nolte, Martin McKee, eds. Caring for people with chronic conditions A health system perspective. London: Open University Press, 2008:92-115
14. Barondess JA. Toward reducing the prevalence of chronic disease: a life course perspective on health preservation. Perspect Biol Med 2008; 51(4): 616-28
15. van WC, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. Lancet 2006; 367(9510): 550-1
16. Klazinga NS. Van ziektenkostenverzekering naar gezondheidsverzekering; preventie op recept, pp. 43-52. In: CVZ college van zorgverzekeringen, ed. Essaybundel: van preventie verzekerd. Acht invalshoeken op preventie en de verzekerde zorg. Diemen: CVZ. 2007.
17. Weijden vdT, Ronda G, Norg R, et al. Diagnostische zelftests op lichaamsmateriaal; aanbod, validiteit en gebruik door de consument. 2007. Maastricht, Universiteit van Maastricht.

18. Nederlandse Patiënten Consumenten Platform (NCPF). Zorgconsument en preventie. Investeren in gezondheid en kwaliteit van leven. 2007. Utrecht, NCPF.
19. Jagt vdF, Hagen vM. Handboek Bewegen op recept. Den Haag: NIGZ & STIOM. 2007.
20. Nederlandse Diabetes Federatie. Nationaal Actieprogramma Diabetes. Programmavoorstel 2009-2013. Amersfoort: NDF. 2009.
21. Sociaal-Economische Raad (SER). Een kwestie van gezond verstand. Den Haag: Sociaal-Economische Raad. 2009.
22. Ministerie van VWS. Een dynamische eerstelijnszorg. Den Haag: Ministerie van VWS. 2008.
23. Roerink H. Contextverkenning haalbaarheid van brede proactieve programmatische (systematische) preventie in de eesrtelijn. Een handreiking voor de discussie over belemmerende en bevorderende factoren en een aanzet tot concrete actie. Alphen a/d Rijn: Bureau Secondant. In opdracht van ZONmw. 2008.
24. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Publieke gezondheid. Den Haag: RVZ. 2006.
25. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Zorginkoop. Den Haag: RVZ. 2008.
26. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008. Ontwikkelingen beoordeelt door de NZa. Utrecht: NZa. 2008.
27. Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). Toekomstvisie op publieke gezondheid. Maatschappelijke vraagstukken centraal - verbinden verschillende beleidsdomeinen. Leidschendam: Drukkerij Excelsior bv. 2009.
28. Schmidt, M., Absalah, S., Nierkens, V., et al. Which factors engage women in deprived neighbourhoods to participate in exercise referral schemes? BMC Public Health 2008; 8:371.
29. Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: NDF. 2007.
30. Plochg, T., Klazinga, N.S., Starfield, B. Channelling professionalization processes to better fit medicine to the changing population health needs. in Press
31. Baan, C.A., Schoemaker, C.G., Jacobs-van der Bruggen, M.A.M., et al. Diabetes tot 2025 preventie en zorg in samenhang. Baan, C. A. and Schoemaker, C. G. Bilthoven: RIVM. 2009.
32. Ruth, van L.M., Jong, de J.D., Groenewegen, P.P. De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel : keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007. Utrecht: NIVEL. 2007.
33. VFI Brancheorganisatie van goede doelen. Nationale goede doelen rapport 2008. Samen voor kwaliteit van samenleven. Amsterdam: VFI ism Lenthe Publishers. 2009.
34. Sectie Gezondheidsfondsen. Jaarverslag 2007. Amsterdam: SGF. 2008.
35. Benchmark Gezondheidsfondsen. Amsterdam: SGF. 2009.

GERAADPLEEGDE EXPERTS

Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd:

- De heer prof. dr. W.J.J. Assendelft, Leids Universitair Medisch Centrum
- De heer H. Baaijens, Nederlandse Public Health Federatie
- Mevrouw dr. W.J.E. Bemelmans, Centrum Gezond Leven RIVM
- De heer drs. N. Bernts, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
- De heer drs. M.A.H.M. Bouwmans, Zorgverzekeraars Nederland
- De heer drs. E.W.C.M. Damen, Cordaan
- Mevrouw drs. E. van Eijk, Ministerie van VWS
- De heer A. Eyck MA MSc, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
- De heer prof. dr. T.E.D. van der Grinten, Erasmus Universiteit Rotterdam
- De heer G. van Hoof, medisch adviseur CZ
- De heer ir. P. Jansen, AEDES Landelijke vereniging van woningbouwcorporaties
- De heer drs. L. van der Heiden, Ministerie van VWS
- De heer drs. P.P.T. Jeurissen, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
- De heer prof. dr. N.S. Klazinga, Nederlandse Public Health Federatie
- De heer drs. L. Kliphuis, Ministerie VWS
- De heer dr. R. Kraaijenhagen, medisch directeur NIPED
- Mevrouw drs. H.M.M. Emanuel-Vink, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
- De heer C. Mastenbroek, College voor Zorgverzekeringen
- De heer prof. dr. J.J. Polder, Katholieke Universiteit Tilburg
- De heer A. Prince, medisch adviseur CZ
- Mevrouw A. Rendering, Ministerie van VWS
- De heer drs. H. Saan, Healthy Alternatives
- Mevrouw prof. K. Stronks, AMC
- De heer prof. dr. F.T. Schut, Erasmus Universiteit Rotterdam
- De heer prof. dr. A.P. Verhoeff, GGD Amsterdam/Universiteit van Amsterdam
- De heer prof. dr. R.G.J. Westendorp, Leids Universitair Medisch Centrum
- De heer drs. J.K. van Wijngaarden, Inspectie voor de Gezondheidszorg