

De gezondheid van kwetsbare burgers

*Innovatief preventiebeleid door lokale
overheden en zorgverzekeraars - een
verkenning van het speelveld*

Verwey-Jonker Instituut
Trudi Nederland
Monique Stavenuiter

Bureau BS&F
Egbert Kraal
Dolf Zuidhof

September 2008

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
2 Beleid van lokale overheden en van zorgverzekeraars	11
2.1 Het beleid van lokale overheden	11
2.2 Het beleid van zorgverzekeraars	14
2.3 De kwetsbare burgers	15
3 Toekomstig preventiebeleid	19
3.1 Preventie aandachtspunt	19
3.2 Ontwikkelingen in het landelijk beleid	19
3.3 Preventie in het lokale beleid	23
4 Strategische beleidsopties voor lokale overheden	27
4.1 Optie 1: De volger	27
4.2 Optie 2: De initiatiefnemer	28
4.3 Optie 3: De regisseur	28
5 Innovatie in preventie	31
5.1 Toepassingsgebieden innovatie	31
5.2 Effectmeting door een ontwikkelingbenadering	33

Samenvatting

In deze notitie verkennen het Verwey-Jonker Instituut en Bureau BS&F de mogelijkheden van een vernieuwend preventiebeleid. Een preventiebeleid voor kwetsbare burgers, dat voortkomt uit een intensievere samenwerking tussen lokale overheden en zorgverzekeraars. De aanname achter zo'n samenwerking is dat er veel gezondheidswinst is te boeken. Daarvoor is een preventiebeleid nodig waarin gezondheid centraal staat, in plaats van de behandeling van ziekten. Lokale overheden nemen in hun integrale sociale beleid al steeds meer het bevorderen van de gezondheid van kwetsbare inwoners als focus. De sleutels daarin zijn het bevorderen van de participatie en de zelfredzaamheid van burgers. Maar ook voor zorgverzekeraars liggen er winstkansen. Zij kunnen 'de voorkant' van de gezondheidszorg opzoeken en bijvoorbeeld meer gezondheidsbevorderende activiteiten faciliteren.

Kwetsbare burgers zijn de grootste afnemers van zorg, en wel voor ongeveer 80% van de zorgkosten. Zij zijn ook vaak de doelgroep van gemeentelijk beleid. Het zijn immers de mensen die recht hebben op voorzieningen van de Wmo en/of het minimabeleid. Deze groep burgers maakt ongeveer 30% uit van de bevolkingspopulatie. De lokale overheden en zorgverzekeraars kunnen een gezamenlijk vernieuwend beleid voor deze groep inwoners uiteraard alleen onder bepaalde voorwaarden initiëren. Die zijn al aanwezig binnen wetgeving als (1) de Wet werk en bijstand (Wwb), (2) de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), (3) de Zorgverzekeringswet (Zvw), (4) de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en (5) de Wet publieke gezondheid.

1. Wwb

In het kader van de Wwb werken lokale overheden en zorgverzekeraars al samen met betrekking tot een onderdeel van de inkomensondersteuning, de Collectieve Zorgverzekering voor Minima (CZM).

Het overhevelen van de medische kosten van de bijzondere bijstand naar de CZM kent drie doelen. Ten eerste is het een goed middel om de onderbenutting van de bijzondere bijstand te bestrijden. Ten tweede verlaagt het de uitvoeringskosten van de bijzondere bijstand, en ten derde zijn er minder premieschulden en minder onverzekerden. Halverwege het jaar 2008 is het deelnamepercentage van de minima gemiddeld 35%. Het is duidelijk dat dit percentage nog omhoog kan.

2. Wmo

De Wmo beoogt de zelfredzaamheid van (kwetsbare) burgers te bevorderen en hun deelname aan het maatschappelijk verkeer te vergroten door ondersteunend beleid. Die ondersteuning is tegelijk te zien als een innovatie in besturing (governance). De Wmo-doelen versterken de noodzaak om lokale schotten tussen beleidsterreinen te slechten en zetten aan tot een intensievere relatie tussen overheid en burgers (horizontale verantwoording). Om dit te realiseren zullen zich nieuwe coalities moeten vormen die een samenhangend beleid voeren. Want bij governance draait het om samenwerken: tussen verschillende partijen met verschillende doelstellingen, bevoegdheden en maatschappelijke taken. De samenwerking tussen lokale overheden, zorgverzekeraars en uitvoeringsinstellingen past goed in deze tendens van bestuurlijke vernieuwing. Het uiteindelijke doel is effectiever beleid.

3. Zorgverzekeringswet

Het was in eerste instantie de Zvw die de verzekerden in beweging bracht. In het jaar 2006 stapten veel verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar, vooral onder invloed van nieuwe collectieve zorgverzekeringen. Het aantal mensen dat verzekerd is via een collectieve zorgverzekering bedraagt in 2008 59%. De zorgverzekeraars oefenen in het krachtenveld van de gezondheidszorg vier rollen uit: die van administrateur, van inkoper, van zorgadviseur en van regisseur. De laatste drie rollen zijn van belang bij het verkennen van de mogelijkheden om met lokale overheden een innovatief preventiebeleid op te zetten.

4. AWBZ

De plannen rond de AWBZ gaan grotendeels over kostenreductie. In de Nederlandse gezondheidszorg gaat per jaar € 20 miljard om aan AWBZ-kosten. De afgelopen jaren is er al een rem gezet op de steeds verder stijgende kosten. Toch zijn de adviserende organen het erover eens dat verder aanpassen van de AWBZ nodig is om de kosten in de (nabije) toekomst te beheersen. In een reactie op de adviezen heeft het kabinet een aantal stappen aangekondigd. De eerste maatregel die het kabinet in 2009 gaat nemen is het schrappen van de grondslag psychosociaal en het samenvoegen van enkele functies. De ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling worden samengebracht tot twee functies: begeleiding en behandeling. Om in de jaren daarna tot een verdergaande afbakening te komen, is eerst onderzoek nodig naar onder meer de overheveling van delen van de AWBZ naar de Wmo en de Zvw.

5. Wet publieke gezondheid

De Wet publieke gezondheid moet zorgen voor meer samenhang in de infectieziektebestrijding en de preventie. In deze wet zijn samengegaan: de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de Infectieziektewet en de Quarantainewet, en het Nationaal Actieplan Sport en bewegen (NASB). Preventiebeleid moet zich volgens de Gezondheidsraad en de landelijke overheid richten op gedragsverandering: stoppen met roken, gezonder eten en meer bewegen op oudere leeftijd. Er zijn aanwijzingen dat zorgverzekeraars zich meer gaan richten op preventie, onder andere door het vergoeden van op preventie gerichte interventies. Maar ook de mogelijkheden van selectieve inkoop zijn een goede weg voor het verbeteren van het preventiebeleid. Selectieve zorginkoop betekent dat niet alle zorg moet worden gecontracteerd, maar alleen goede en doelmatige zorg. Dit leidt tot een betere kwaliteit van zorg en het drukt de kosten.

Voor lokale overheden biedt de nadruk op preventiebeleid mogelijkheden om cohesie aan te brengen in het sociale beleid voor kwetsbare groepen. Hierbij valt te denken aan meer samenhang tussen gezondheidsbevordering en ondersteuningsbeleid (inkomens-

ondersteuning in de Wwb, en participatieondersteuning in de Wmo). Dit zet gemeenten aan tot het leggen van inhoudelijke relaties met andere beleidsterreinen en wetgevingstrajecten. De Wwb en het gezondheidsbeleid zijn hiervoor het meest aangewezen. Van de gemeentelijke organisatie vraagt dit een dynamische, flexibele en interactieve netwerkstructuur. Om vorm te geven aan deze innovatie in besturing zijn er drie verbeteropties: de overheid als volger, de overheid als initiatiefnemer, en de overheid als regisseur. Vooral de laatste optie is vanwege de vernieuwing van het preventiebeleid bruikbaar. In deze optie wordt de financiële ondersteuning voor kwetsbare burgers aangevuld met activerend en preventief beleid. De essentie van een preventiebeleid voor kwetsbare burgers is dat lokale overheden niet alleen een rol hebben bij de zorginfrastructuur, maar dat ze ook samenwerken met zorgverzekeraars bij de zorginkoop en bij het opzetten en implementeren van preventieve interventies in buurten, wijken en dorpen.

1 Inleiding

Het bevorderen van de gezondheid van kwetsbare burgers door lokaal beleid hangt samen met twee belangrijke momenten: de invoering van de Zvw en de Wmo. Per 1 januari 2006 is de Zvw ingevoerd. Met deze wet wil de overheid een eenduidiger zorgverzekeringstelsel creëren. Een belangrijke nevensdoelstelling is kostenbeheersing in de gezondheidszorg door het bevorderen van marktwerking. De overheid ziet ook voor de afnemers van zorg voordelen aan het nieuwe stelsel. Zij krijgen tenslotte veel meer keuzemogelijkheden. Patiënten en consumenten van zorg kunnen hun eigen zorgverzekeraar kiezen. En met een restitutiepolis kunnen ze een eigen zorgverlener kiezen.

In ieder geval heeft de komst van de Zvw de verhoudingen tussen de belanghebbenden in de gezondheidszorg danig veranderd. Zo is de rol van zorgverzekeraars veel sterker geworden. Zij moeten zorg inkopen door contracten met zorgaanbieders te sluiten. Om dit te doen hebben ze stuurinstrumenten gekregen in de vorm van contracteerbeleid. De Zvw heeft zorggebruikers meer keuzemogelijkheden geboden omdat alle verzekeraars een acceptatieplicht hebben. Maar ook lokale overheden hebben met de Zvw te maken. In het jaar 2008 is het aantal gemeenten met een CZM toegenomen tot rond de 400 (ongeveer 90% van alle gemeenten in Nederland). Een andere belangrijke wijziging is de positie van lokale overheden in de gezondheidszorg. Alle gemeenten in Nederland zijn vanaf 1 januari 2007, door de invoering van de Wmo, verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van mensen met beperkingen. De Wmo en de beleidsveranderingen rond het lokale gezondheidsbeleid - met de grotere nadruk op preventie - bieden lokale overheden ruimte een centrale strategische positie in te nemen in het krachtveld van de gezondheidszorg. We doelen dan vooral op de uitbouw van de samenwerking met zorgverzekeraars.

Deze notitie biedt een verkenning van de mogelijkheden voor zorgverzekeraars en lokale overheden om de krachten te bundelen. We doen dat door de huidige en toekomstige beleidsontwikkelingen te schetsen, en drie strategische beleidsopties te doen voor lokale overheden. Ook geven we een aanzet voor de toepassingsgebieden van een innovatief preventiebeleid dat is gericht op de gezondheid van kwetsbare burgers.

2 Beleid van lokale overheden en van zorgverzekeraars

2.1 Het beleid van lokale overheden

a. Ontwikkelingen in de Wet werk en bijstand (Wwb)

Het minimabeleid van lokale overheden richtte zich tot voor kort vooral op inkomensondersteuning. De invoering van de Wwb in 2004 heeft het beleid sterk in beweging gebracht. De grotere regierol van gemeenten bij re-integratie en de bijbehorende financiële systematiek heeft gezorgd voor een fikse impuls in het re-integreren van bijstandsgerechtigden naar betaald werk: 'Werk boven inkomen'. In veel gemeenten is een fors percentage uitkeringsgerechtigden uitgestroomd naar (gesubsidieerde) betaalde arbeid. Tegelijkertijd was er minder aandacht voor de sociale participatie van mensen met een sollicitatieontheffing. Denk aan mensen boven de 65 jaar, arbeidsongeschikten en daklozen. Deze groep komt langzamerhand meer in beeld, vooral door het denken in begrippen als zelfstandigheid en volwaardig burgerschap.

De maatregelen in het minimabeleid bestaan in de meeste gemeenten meestal uit bijzondere bijstand, langdurigheidstoeslag, CZM, kwijtschelding gemeentelijke belastingen, toeslag 65-plussers en chronisch zieken, stadspas en kinderopvangvoorziening. De inkomensgrenzen variëren van 100% tot 120% van een minimuminkomen. De CZM is een belangrijk onderdeel van de inkomensondersteuning. Het overhevelen van medische kosten van de bijzondere bijstand naar de CZM is een goed middel om de onderbenutting van de bijzondere bijstand te bestrijden. Bovendien worden de uitvoeringskosten van de bijzondere bijstand ermee verlaagd. Daarbij betalen verzekerden een lagere premie. Daarnaast ontstaan er minder vaak premieschulden en daalt het aantal onverzekerden.

Het deelnamepercentage van de minima is gemiddeld 35%. Het is duidelijk dat dit percentage nog omhoog kan.

Een recente ontwikkeling is dat gemeenten zich naast inkomensondersteuning willen richten op twee andere onderdelen van het minimabeleid: activering en preventie. Gemeenten zoeken hierbij naar de grootste risicogroepen en kijken dan naar de achterliggende oorzaken van de armoede. Het gaat niet alleen om de inkomensituatie: ook andere risicofactoren van de verschillende huishoudens kunnen meespelen. Voorbeelden hiervan zijn een slechte gezondheid, een geringe mate van psychisch welbevinden, het verlies van regie door een schokkende levenservaring, moeite hebben met het vragen van hulp door schaamte, een uitzichtloze schuldsituatie, het ontbreken van perspectief en sociaal isolement.

Het concreet invullen van deze nieuwe focus staat nog in de kinderschoenen. Veel beleidsplannen zijn nog maar pas gemaakt of bevinden zich nog in een ontwerpfase. Een paar recente maatregelen zijn het automatisch verstrekken van categoriale voorzieningen (zoals de toeslag aan 65-plussers en de regeling chronisch zieken en gehandicapten), het aanbieden van budgetadvies en budgetbegeleiding, het geven van ondersteuning bij plotselinge levenswendingen en het monitoren van armoedesituaties en sociaal isolement. Slechts enkele gemeenten leggen de link naar gezondheidsbeleid, zoals het stimuleren van de deelname aan projecten voor gezondheidsbevordering.

b. De Wet maatschappelijke ondersteuning

Sinds 1 januari 2007 zijn de lokale overheden verantwoordelijk voor een integraal aanbod aan ondersteuning en zorg. In de Wmo zijn de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en delen van de AWBZ samengevoegd. Met de Wmo is de verantwoordelijkheid voor belangrijke onderdelen van zorg en welzijn verschoven van het landelijke naar het lokale niveau. De wet beoogt onder meer een inperking van de AWBZ-aanspraken, het realiseren van een keten van ondersteuning op lokaal niveau en het stimuleren van het 'probleemoplossend vermogen' van burgers zelf. Met dat laatste wordt bedoeld dat burgers eerst zelf hun probleem moeten proberen op te lossen; als dat niet lukt wordt de nabije omgeving geacht in te springen. Als ook dat niet lukt, kan de burger een

beroep doen op de overheid. Het kabinet hecht daarom sterk aan de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers.

Het maatschappelijke doel van de Wmo is: meedoen. Meedoen van álle burgers aan álle facetten van de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid voor de maatschappelijke ondersteuning en aangrenzende gebieden. Een belangrijke vraag voor de komende jaren is: hoe kunnen gemeenten kwetsbare groepen blijven ondersteunen en activeren? Kwetsbare groepen zijn mensen die vanwege een beperking bepaalde dingen niet meer zelf kunnen, en de zogenoemde zorgmijders die geen hulpverlening willen of weten te vinden. Tegelijkertijd krijgt in de Wmo in principe elke burger te maken met een grotere verantwoordelijkheid.

Halverwege het jaar 2008 zien we in het Wmo-beleid het volgende beeld. Er is veel energie gestoken in een verordening voor het verstrekken van individuele voorzieningen (voortzetting Wvg). Daarnaast is veel tijd opgegaan aan het aanbesteden van de huishoudelijke verzorging. In de eerste aanbestedingen hebben gemeenten de prijs doorgaans zwaarder laten wegen dan de kwaliteit. Met als resultaat allerhande problemen, zoals de dreigende ontslagen in de thuiszorg. De hulp in het huishouden met een medische component (HH2) is verschoven naar sec hulp in de huishouding (HH1). Bij HH1 worden er in plaats van werknemers in loondienst meer alphahulpen ingezet.

Voor kwetsbare burgers is het bijzonder belangrijk dat ze toegang hebben tot huishoudelijke verzorging. De indicatiestelling voor de AWBZ wordt uitgevoerd door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). In de Wmo mag de gemeente de indicatiestelling zelf doen. Veel gemeenten laten dit in het overgangsjaar nog doen door het CIZ, maar neigen ernaar dit zelf te doen. Andere gemeenten blijven samenwerken met het CIZ. Een mogelijkheid is de indicatiestelling te laten uitvoeren door onafhankelijke (meestal commerciële) consultancybureaus. Uit het oogpunt van kostenbesparing kiezen gemeenten hier meestal niet voor. Een nadeel is alleen dat als de beoordeling en het budget in een hand liggen, gemeenten zich mogelijk laten leiden door hun budget, in plaats van door wat iemand nodig heeft.

Verder is in de meeste gemeenten meer samenhang ontstaan in de informatiestromen voor burgers. Het doel is dat iedereen bij één loket terecht kan met ondersteuningsvragen. Ook betrekken bijna alle gemeenten zorggebruikers bij het ontwikkelen van het Wmo-beleid: in het begin van het jaar 2008 is er in 82% van de gemeenten een Wmo-adviesraad (Oudenampsen e.a., 2008). Bovendien blijkt uit de zelfevaluaties van Wmo-adviesraden dat het merendeel positief oordeelt over hun inbreng bij de totstandkoming van de Wmo-beleidsnota en ook over de inhoud van de eigen adviezen (Nederland, 2008).

2.2 Het beleid van zorgverzekeraars

Twee jaar na de invoering van de Zvw zien we een aantal ontwikkelingen. De marktwerking in de gezondheidszorg heeft in eerste instantie de verzekerden in beweging gebracht. In het jaar 2006 stapten veel verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar, vooral onder invloed van nieuwe collectieve zorgverzekeringen. Het aantal mensen dat verzekerd is via een collectiviteit is verder toegenomen en staat in 2008 op 59% (Vektis 2008). De markt lijkt verdeeld, maar tegelijkertijd ontstaat meer kans op monopolievorming door fusies. Na de twee fusies tussen Achmea en Agis Zorgverzekeringen, en die tussen CZ en Delta Lloyd, hebben vier grote verzekeraars bijna negentig procent van de markt in handen.

Het rapport van Atos Consulting (2007) onderscheidt vier rollen voor de zorgverzekeraars: administrateur (standaardisatie, kostenbeheersing en efficiency), inkoper (verbeteren concurrentiepositie door excellente inkoop), zorgadviseur (cliënt staat centraal) en regisseur (aangaan van nauwe samenwerkingsverbanden met belangrijke zorgaanbieders). Het rapport schetst verder twee scenario's die momenteel het meest waarschijnlijk zijn, namelijk het scenario van de optimale marktwerking en dat van de oligopolie. In het scenario van de marktwerking is sprake van sterke concurrentie. Consumenten oordelen kritisch over premie, service en geleverde zorg en zijn bereid over te stappen. De econoom Hirschmann (1970) definieert dit als de exit-optie. Voormalig staatssecretaris Simons noemde dit in de Nederlandse verzeke-

ringsmarkt ‘stemmen met de voeten’. De consumenten die de exit-optie kiezen zijn echter zeer goed geïnformeerd over de kosten en de kwaliteit van de producten. Zij zijn in staat het aanbod van verschillende dienstverlenende organisaties met elkaar te vergelijken. Maar voor de overgrote meerderheid van de consumenten, en zeker voor kwetsbare burgers, is deze informatie vaak niet of slechts gebrekkig toegankelijk.

In het geval van het scenario van de oligopolie zijn slechts enkele zorgverzekeraars overgebleven. De markt is verdeeld onder de grote spelers. Zij hebben de sturing van de markt volledig in handen. Voor de consumenten blijven weinig keuzemogelijkheden over, waardoor de mobiliteit laag is. De voordelen van verzekerden zijn zo goed als verdwenen. De zorgverzekeraars zijn verzekerd van een stabiele verzekerdenpopulatie. Daardoor zijn ze bereid te investeren in preventiemaatregelen. De zorgverzekeraars dicteren ook de zorginkoopmarkt. De zorgaanbieders zijn afhankelijk geworden van de zorgverzekeraars en de verzekerden zijn hun sturende positie geheel kwijt. Verzekerden worden gestuurd door het monopolie van de zorgverzekeraars. Door de sterke concurrentie tussen de zorgaanbieders en de nadruk op efficiency komt de zorg voor kwetsbare burgers in het geding.

2.3 De kwetsbare burgers

Kwetsbare burgers zijn - als het gaat om gezondheidszorg - vaak al een doelgroep van gemeentelijk beleid. Dit zijn de minima, 10% van de bevolking, en de chronisch zieken, 25% van de bevolking. Samen maken zij ongeveer 30% uit van de bevolkingspopulatie (er is enige overlap). Zij zijn de grootste afnemers van zorg, en wel voor ongeveer 80% van de zorgkosten. Vanuit de lokale overheid gezien gaat het om mensen die recht hebben op voorzieningen van de Wmo en/of het minimebeleid.

Vanuit het perspectief van kwetsbare burgers heeft de ‘gezondheidsmarkt’ twee onderdelen: een zorgverzekeringmarkt en een zorginkoopmarkt. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en chronisch zieken bekleden hierin verschillende posities. In het scenario van de marktwerking dingen zorgverzekeraars op de

zorgverzekeringsmarkt om de gunsten van verzekerden. Dat betekent dat belangenorganisaties zoals patiëntenorganisaties, evenals lokale overheden (en Wmo-raden), speciale polissen kunnen afsluiten. Zulke polissen houden specifiek rekening met de belangen van kwetsbare burgers (denk onder meer aan: vergoeding van medicijnen of behandelingen die niet in het wettelijke basispakket zijn opgenomen). De zorgverzekeraar kan via de aanvullende verzekering een apart pakket samenstellen. Bijvoorbeeld een pakket dat specifiek rekening houdt met groepen mensen met chronische aandoeningen. Voor de zorgverzekeraar leveren deze polissen echter alleen voldoende op als een flink aantal verzekerden hiervan gebruik maakt.

Een dergelijke manier van opereren is dus sterk afhankelijk van het aantal verzekerden dat deelneemt. Uit onderzoek in opdracht van Fonds PGO is gebleken dat chronisch zieke patiënten neigen tot collectieve strategieën als de aandoening een grote impact heeft op hun leven (Newcomresearch, 2006).

Daarnaast is er het onderdeel van de zorginkoopmarkt waar zorgverzekeraars namens hun verzekerden zorg inkopen bij zorgaanbieders. Lokale overheden, Wmo-raden en belangenorganisaties als patiëntenverenigingen zullen gebruik moeten maken van effectieve strategieën om die zorginkoop van zorgverzekeraars effectief te beïnvloeden. Het is alleen moeilijk direct invloed uit te oefenen op het onderhandelingsproces. Waarschijnlijk staan zorgverzekeraars die de steun hebben van lokale overheden en groepen patiënten steviger in het onderhandelingsproces met de zorgaanbieders. Het doel is het inkopen van kwalitatief goede zorg en het vermijden van kwalitatief mindere zorg. Het zijn nu vaak sociale zorgverzekeraars met sterke regionale bindingen die zich vooral richten op de kwaliteit van de zorgverlening.

De rol van patiëntenorganisaties is nog niet groot in het krachtveld van de gezondheidszorg. De centrale overheid heeft de patiëntenorganisaties al enige jaren gedefinieerd als 'derde partij' naast de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Het is de vraag of de patiëntenbeweging deze rol zonder de steun van lokale overheden kan waarmaken. In een onderzoek van het Nivel (2007) bleek dat

patiëntenverenigingen in vergelijking met werkgevers en gemeenten het laagste aantal collectief verzekerden hebben.

Naast de groep die al een collectieve zorgverzekering heeft afgesloten, blijft een grote groep kwetsbare burgers over die niet in staat zijn om hun verplichtingen als verzekerden na te komen. Een schatting is dat het aantal mensen met een premieschuld groeit. Eind 2007 waren er 240.000 wanbetalers voor de Zvw. Dat is 1,9% van de volwassen bevolking. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) voorspelt dat over een paar jaar bijna een half miljoen mensen hun premies niet kunnen betalen. Op 1 mei 2007 waren 231.000 inwoners van Nederland niet verzekerd tegen ziektekosten. Lokale overheden ondervinden nu al merkbare gevolgen van de mensen die geen aanvullende verzekering afsluiten. Het terugdringen van het aantal premieschulden en het aantal onverzekerden blijft een aandachtspunt voor lokale overheden.

3 Toekomstig preventiebeleid

3.1 Preventie aandachtspunt

Preventie is in de komende jaren een belangrijk aandachtspunt. In Nederland zijn veel organisaties betrokken bij gezondheidsbevordering. Er is bovendien eensgezindheid over de inhoud. De nadruk van preventie ligt zowel op landelijk als op regionaal en lokaal niveau op gedragsverandering. Bij gedragsverandering gaat het om beweging, het tegengaan van overgewicht, gezonde voeding, valpreventie en het tegengaan van depressie en eenzaamheid. Ook zijn er interventies voor de algemene gezondheid, die voornamelijk op kleine schaal worden aangeboden.

Er is nog weinig bekend over het bereik van de interventies en de effecten ervan. Het geheel aan interventies is breed en versnipperd. Dit komt vooral doordat er geen landelijke organisatie is die de interventieprojecten coördineert. De GGD'en hebben weliswaar kleinschalige projecten, maar deze zijn niet verbonden met een regionaal of landelijk actieplan. Met andere woorden: de uitrol, monitoring en evaluatie van preventieprojecten ontbreekt. Hierdoor is er geen zicht op de effectiviteit van de projecten. En dat weer maakt een verdere professionalisering (systematisering en rationalisering) van de openbare gezondheidszorg (OGZ) gewenst, inclusief de sturing daarvan door lokale overheden.

3.2 Ontwikkelingen in het landelijk beleid

a. Preventie voorop

Het beleid van de Rijksoverheid benadrukt steeds meer de noodzaak van preventief beleid (VWS, 2008). De zorgvraag verandert en wordt meer complex door de stijgende levensverwachting; mensen krijgen vaker meervoudige aandoeningen. De legitimatie voor overheidsin-

grijpen vanuit een preventieve invalshoek is vooral de gezondheids-winst en de gevolgen voor de collectieve uitgaven (IBO 2006-2007). Met preventieve gezondheidszorg wil de overheid de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken houden. De redenering is: hoe gezonder en fitter de bevolking, hoe lager de kosten. Er is echter veel nodig om de sector zorg en welzijn, vooral op het gebied van maatwerk en innovatie, beter af te stemmen op de wensen en behoeften van (toekomstige) zorgvragers. Deze uitdagingen liggen op het bord van de lokale overheden. Een probleem hierbij is wel dat de bijbehorende financiële middelen ontbreken.

De nadruk die het huidige kabinet wil leggen op preventie is onder meer terug te vinden in het wetsvoorstel publieke gezondheid. Het voorstel brengt samenhang in de infectieziektebestrijding. De Tweede Kamer heeft de Wet publieke gezondheid in mei 2008 behandeld en aangenomen. Wanneer ook de Eerste Kamer met het wetsvoorstel instemt, zal deze medio november 2008 in werking treden. De nieuwe wet vervangt drie afzonderlijke wetten die de verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het terrein van de infectieziektebestrijding regelden: de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de Infectieziektewet en de Quarantaine-wet. In een reactie op het wetsvoorstel merkt de VNG op dat van gemeenten een actieve en participerende rol in de infectieziektebestrijding en preventie wordt verwacht, zonder dat daar de benodigde financiering tegenover staat.

Tevens is er het NASB. Met dit plan wil de overheid belemmeringen om te kunnen sporten opheffen. Onvoldoende lichaamsbeweging verhoogt het risico op overgewicht, hart- en vaatziekten, diabetes en depressiviteit.

b. De toekomst van de AWBZ

In de Nederlandse gezondheidszorg gaat per jaar ruim € 50 miljard om. Hiervan gaat € 20 miljard naar AWBZ-kosten. De AWBZ is er voor ziekterisico's die niet te verzekeren zijn (zoals een handicap of opname in een verpleeghuis). De afgelopen jaren is een rem gezet op de steeds verder stijgende kosten. Adviserende organen zijn het erover eens dat verdere aanpassing van de AWBZ nodig is om de kosten in de (nabije) toekomst te beheersen.

De Sociaal Economische Raad (SER) adviseert de AWBZ terug te brengen tot de kern. De overheid zou de AWBZ daadwerkelijk moeten toespitsen op langdurige zorg (SER 2008, p. 4) en de kortdurende, herstelgerichte zorg overhevelen naar de Zvw. De 'sociale hulp- en dienstverlening' kan volgens de SER dan naar de Wmo. Het gaat hierbij om de huidige AWBZ-functies ondersteunende en activerende begeleiding (OB/AB). Beide functies zijn gericht op deelname aan de samenleving en hebben dus raakvlakken met de Wmo.

De Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) gaat verder dan de SER en heeft onlangs geadviseerd de AWBZ op te heffen. De RVZ pleit voor het opknippen van de AWBZ, waarna een deel naar de gemeenten (Wmo) en een deel naar de zorgverzekeraars (Zvw) overgeheveld zou moeten worden. Gemeenten en zorgverzekeraars zouden effectiever en efficiënter kunnen werken. Dat is nodig, aldus de RVZ, omdat de kosten van de AWBZ 'de pan uitrijzen' en de AWBZ 'op springen staat'. Ook in eerdere rapporten van de RVZ en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) werd voorgesteld om de AWBZ in de nabije toekomst op te heffen (RVZ 2005, CVZ 2004, 2005).

Het kabinet heeft op 13 juni 2008 een reactie op het SER-advies en de CVZ-rapporten aangeboden aan de Tweede Kamer (Zeker van zorg, nu en straks). In deze reactie kondigt het kabinet een aantal stappen aan om te komen tot een AWBZ die de beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg waarborgt voor de groep mensen voor wie de AWBZ oorspronkelijk bedoeld is. Het gaat volgens de staatssecretaris van VWS om 'langdurige zorg die onbetwistbaar en geloofwaardig is voor de meest kwetsbare mensen in Nederland' (p.1). De eerste stap die het kabinet in 2009 gaat nemen bestaat uit het schrappen van de grondslag psychosociaal en het samenvoegen van de functies ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling. Dit worden twee functies: begeleiding en behandeling. De grondslag psychosociaal is geschrapt omdat hiervoor in tegenstelling tot andere grondslagen geen zogeheten 'geobjectiveerd interpretatiekader' aanwezig is. Dit leidt in de praktijk tot interpretatieverschillen en afbakeningsproblemen. De aanspraak op begeleiding zal in het vervolg gaan over het bevorderen van de zelfredzaamheid van mensen met ernstig regieverlies en/of van mensen met een

ernstige invaliderende aandoening. Deze mensen hebben begeleiding nodig om zich te kunnen handhaven in het dagelijks leven. De ondersteuning die nodig is voor maatschappelijke participatie hoort, zo meent het kabinet, bij andere domeinen, zoals de Wmo, onderwijs en de eigen verantwoordelijkheid. Voor het nemen van de tweede stap gaat de staatssecretaris onderzoek doen. Dat onderzoek zal gaan over een duidelijkere positionering van de AWBZ ten opzichte van aanpalende domeinen van (curatieve) zorg, gemeentelijke voorzieningen, arbeidsparticipatie, jeugdzorg en onderwijs. Ook zal onderzoek worden gedaan om te bepalen welke onderdelen zich lenen voor overheveling naar Wmo en Zvw.

De selectieve inkoop van zorg

Behalve de SER heeft ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een advies geschreven over het onderwerp selectieve zorginkoop. De RVZ bood het advies in maart 2008 aan minister Klink aan. Selectieve zorginkoop betekent dat niet alle zorg moet worden gecontracteerd, maar alleen goede en doelmatige zorg. Het advies is, dat selectief inkopen leidt tot een betere kwaliteit en een kostenverlaging van zorg. Onderdeel van het plan is dat zorgverzekeraars vooraf met patiëntenorganisaties afspraken maken over de aan te kopen zorg. Dit wil niet zeggen dat er geen enkele keuze meer is: de verzekerde moet altijd keuzemogelijkheden houden - maar dat kost geld. Kiest de patiënt voor de zorginstelling die de zorgverzekeraar adviseert, dan krijgt de patiënt betere kwaliteit en/of betaalt minder premie. De patiënt is vrij om een andere keuze maken, maar moet daarvoor betalen. Zo kan volgens de RVZ de keuzevrijheid voor de verzekerde en de betaalbaarheid van zorg voor iedereen hand in hand gaan.

De RVZ is van mening dat volgens dit plan de zorgverzekeraars hun inkoopbeleid beter kunnen professionaliseren en fors kunnen investeren in hun eigen expertise. Het betekent ook meer samenwerken (met patiëntenverenigingen, lokale overheden) en het maken van scherpe afspraken met zorginstellingen. Zo zullen zorgverzekeraars meer uitgaan van de klant en wordt de kwaliteit van de zorg, de ketenzorg en de rol van patiëntenorganisaties versterkt.

Het preventiebeleid van zorgverzekeraars

Het CVZ deed in 2007 voorstellen om op preventie gerichte interventies te laten vergoeden door zorgverzekeraars (CVZ, Van preventie verzekerd, 2007). Het CVZ denkt dat er gezondheidswinst te boeken valt als we de zorg voor gezondheid centraal stellen, in plaats van het behandelen van ziekten. Het CVZ bracht het advies niet zonder reden uit. De Tweede Kamer had in januari 2007 een motie aangenomen over preventie. Een van de vragen was of preventie kan worden opgenomen in het basispakket. Het CVZ vindt dat er in de praktijk veel meer met preventie kan gebeuren: er kan vaker om worden gevraagd, en preventie kan meer worden aangeboden en geconsumeerd dan nu het geval is. Het CVZ concludeert dat mensen met een ziekte of met een verhoogde kans op ziekten een indicatie voor zorggerelateerde preventie moeten kunnen krijgen. Die groep kan volgens het CVZ onder bepaalde voorwaarden onder de Zvw en de AWBZ worden gebracht. Lokale overheden krijgen hierdoor meer mogelijkheden om met zorgverzekeraars samen te werken op het gebied van preventiebeleid. Het struikelblok lijkt vooral te zitten in het verschil tussen de beleidssystematiek van lokale overheden en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars richten zich op individuele preventie en gemeenten op collectieve preventie. Er liggen kansen om tussen die twee preventieterrainen meer samenhang te brengen.

3.3 Preventie in het lokale beleid

De gemeenten staan in 2008 voor de taak hun gezondheidsbeleid te actualiseren. Preventie is daarin naar verwachting een belangrijk onderwerp. Mensen met een lage sociaal economische status (SES), de doelgroepen van de Wwb en (voor een groot deel ook) de Wmo, zijn de voornaamste focusgroepen. Veel van de huidige gemeentelijke gezondheidsnota's hebben als uitgangspunt dat deze doelgroep (lage SES) dezelfde kansen moet hebben op een goede gezondheid als beter gesitueerden. Concrete maatregelen zijn tot nu toe mondjesmaat uitgevoerd. Onvoldoende sturing en onvoldoende financiële middelen stonden een uitgebreidere aanpak in de weg. In artikel 2 van de Wcpv staat expliciet vermeld dat lokale overheden

dienen bij te dragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, inclusief gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Preventiebeleid moet zich volgens de Gezondheidsraad en de landelijke overheid richten op gedragsverandering: stoppen met roken, gezonder eten en meer bewegen op oudere leeftijd. Risicogroepen zijn: laagopgeleiden (roken, bewegen), hoogopgeleiden (alcoholgebruik), mannen (roken, alcoholgebruik), oudere vrouwen (beweging) en chronisch zieken (beweging). Voor een effectief beleid is een overzicht nodig van de verschillende gezondheidsstrategieën en de maatregelen die specifiek op de doelgroepen zijn gericht. Zo is er onderzoek verricht naar het bevorderen van de gezondheid van ouderen. Daaruit blijkt dat de evaluaties van interventies in de laatste twintig jaar vaak te geïsoleerd zijn gedaan om de effectiviteit vast te stellen (Vliet, van & Nederland, 2007). Meta-analyses van effectstudies laten wel zien dat de interventies doorgaans substantiële effecten hebben op de preventie van ziekten. Echter: leerprincipes als feedback om de effectiviteit te vergroten worden niet of niet adequaat toegepast. Er zijn ook veel te weinig interventies die het gewenste gedrag goed mogelijk maken (voorbeelden zouden kunnen zijn: financiële stimuli, het actief betrekken van ouderen en het verbeteren van vaardigheden van de professionals). Uit onderzoek komt ook naar voren dat de potentiële effectiviteit van interventies sterk kan verbeteren. Manieren daarvoor zijn het systematisch ontwikkelen van implementatiestrategieën, gekoppeld aan tussentijdse monitoring. Daarmee ontstaat een stapsgewijze verbetering van de interventies.

Gemeenten hebben veel kansen om gedragsverandering van kwetsbare groepen in het lokale gezondheidsbeleid integraal te benaderen. Ze kunnen geldstromen benutten vanuit diverse beleidsterreinen en er liggen kansen in de samenwerking met zorgverzekeraars.

Komen tot integraal beleid

Preventiebeleid is niet alleen een onderdeel van het lokale gezondheidsbeleid. Juist het benutten van de relaties tussen beleidsterreinen en wetgevingstrajecten, zoals de Wwb en het gezondheidsbeleid biedt mogelijkheden. Als 'participatiewet' wil de

Wmo daar een impuls aan geven. Een goed voorbeeld is de samenhang tussen gezondheidsbevordering en ondersteuningsbeleid (inkomensondersteuning in de Wwb en participatieondersteuning in de Wmo), evenals onderwijs, milieu, ruimtelijke ordening en volkshuisvesting. In de lokale setting vraagt dit bovendien om een gemeentelijke organisatie met een dynamische, flexibele en interactieve netwerkstructuur. De grootste verandering door de Wmo is de bundeling van de wetten en de verandering in de sturingsfilosofie. Door een bundeling van de wetten is integraal preventiebeleid mogelijk. Dit betekent dat gemeenten alle diensten goed op elkaar moeten afstemmen. Maar dat is niet genoeg; het gaat bij de nieuwe regierol van de lokale overheid ook om samenhang in het aanbod van maatschappelijke organisaties, dus om veelzijdig opdrachtgeverschap. De verandering in de sturingsfilosofie houdt verder in dat gemeenten horizontaal verantwoord worden en dat zij verantwoording afleggen aan hun eigen inwoners in plaats van aan het Rijk. Het is dus belangrijk dat gemeenten via een netwerkaanpak alle partijen betrekken bij het ontwikkelen van het beleid. Overheden, instellingen en particuliere initiatieven zoeken dan ook naar nieuwe verhoudingen, nieuwe grenzen tussen beleids-terreinen en nieuwe vormen van (keten)samenwerking.

4 *Strategische beleidsopties voor lokale overheden*

De Rijksoverheid streeft met de invoering van de Wmo en met het gezondheidsbeleid naar innovatie in besturing. De nadruk is komen te liggen op horizontale verantwoording via vernieuwende bestuurlijke verhoudingen. De inzet daarbij is minder last (en regelgeving) voor de instellingen en meer beleidseffect. Er liggen tal van mogelijkheden om deze innovatie in besturing (governance) te realiseren; bijvoorbeeld door de lokale sectorale beleidsvoering te ontkokeren en door de relatie tussen overheid en burgers te versterken. Om vorm te geven aan deze innovatie in besturing zijn er drie verbeteropties: de overheid als volger, de overheid als initiatiefnemer en de overheid als regisseur.

4.1 *Optie 1: De volger*

In deze optie is de lokale overheid geen duidelijke speler op de gezondheidsmarkt. De lokale ontwikkelingen komen voor rekening van de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. De gemeente volgt en is niet bezig de omstandigheden te veranderen. In deze situatie voldoet de huidige CZM. De inkomensondersteuning wordt via het minimabeleid en de maatschappelijke ondersteuning via de Wmo uitgevoerd. Het gezondheidsbeleid is beperkt gericht op collectieve preventie. Het lijkt in het licht van de groeiende groep zorgafnemers en de huidige en komende beleidsontwikkelingen echter onverstandig om in het gemeentelijk preventiebeleid als volger op te treden.

4.2 *Optie 2: De initiatiefnemer*

In de tweede optie zijn gemeenten actief bezig om het ondersteuningsaanbod voor kwetsbare burgers te vergroten. Ze doen dit onder andere door het pakket van de CZM in onderhandeling met de zorgverzekeraar uit te breiden met preventieactiviteiten. Ook zetten lokale overheden zich in om het scala aan mogelijkheden voor activeringsbeleid te inventariseren en te implementeren. Dit gaat vaak samen met de volgende vragen:

- Hoe kun je als gemeente in contact komen met moeilijk bereikbare doelgroepen?
- Welke vormen van preventief en activerend beleid zijn effectief?
- Hoe is dit beleid financieel te dekken door het ontwikkelen van integraal beleid en het samen laten lopen van verschillende geldstromen, bijvoorbeeld Wwb met lokaal gezondheidsbeleid, onderwijsbeleid, en vooral de Wmo?
- Welke posten kunnen worden ondergebracht in de CZM?

4.3 *Optie 3: De regisseur*

In deze derde optie wordt de financiële ondersteuning voor kwetsbare burgers aangevuld met activerend en preventief beleid. Bij deze optie hebben lokale overheden niet alleen een rol bij de zorginfrastructuur: ze bemoeien zich ook met de zorginkoop en met het opzetten en implementeren van preventieve interventies. Lokale overheden hebben in deze optie de regie in het opzetten van een samenhangend lokaal preventiebeleid rond de maatschappelijke ondersteuning van en zorg voor kwetsbare burgers. Het gaat daarbij om de volgende lijnen:

- Welke vormen van ondersteunend beleid zijn effectief voor het versterken van het preventieaanbod van maatschappelijke organisaties voor kwetsbare burgers?
- Welke inhoud heeft een horizontale bestuursconceptie bestaande uit gemeentelijke sturing op visie en op facilitering van preventief beleid?

- Hoe kan de financiering van een bij deze regierol behorende veelzijdig opdrachtgeverschap met verschillende verantwoordingsystemen plaatsvinden (het aansturen van Wwb, Wmo, preventie Zvw, zorgkosten chronisch zieken) in een samenspel tussen gemeenten, lokale organisaties, zorgverzekeraars en individuele burgers?
- Hoe kom je als gemeente in contact met (groepen) kwetsbare burgers?
- Welke vormen van preventief en activerend beleid zijn effectief?
- Welke inhoud dient preventiebeleid te hebben voor verschillende doelgroepen van kwetsbare burgers (niet alleen gedragsbeïnvloeding, maar samenhang tussen gezondheid en leefsituatie).

5 Innovatie in preventie

5.1 Toepassingsgebieden innovatie

Voor lokale overheden zijn er binnen de innovatie van het preventiebeleid twee duidelijke toepassingsgebieden voor de uitbouw van de samenwerking met zorgverzekeraars. Als eerste is er de afstemming van de gemeentelijke rol bij de Wcpv. Ten tweede zijn er de mogelijkheden van de zorgverzekeraar in de Zvw. Zoals aangegeven moet er nog een weg gevonden worden in het verschil in (beleids- en financierings)systematiek. De rol van de gemeente ligt bij de regie en de financiering van collectieve preventie. De rol van de zorgverzekeraar ligt bij de regie en de inkoop van individuele preventie.

Een eerste uitwerking van samenwerking kan het opzetten van pilots zijn. De gedachte is dat een gemeente risicogroepen van kwetsbare burgers (wijkniveaus zouden kunnen samenwerken met lokale organisaties) collectief benadert. Een van de ingangen is om individuen te stimuleren contact op te nemen met hun huisarts (of met een specifieke instantie zoals het consultatiebureau voor ouderen). Deze kan vervolgens direct en op maat verwijzen naar effectieve preventieve programma's. De gemeente regelt in deze eerste benadering de groepsgewijze aanpak en de verzekeraar regelt de inkoop en betaling van de preventieve programma's.

De zorgverzekeraars zullen op korte termijn nog huiverig zijn om investeringen te doen. In eerste instantie zal deze investering immers leiden tot kostenverhoging. Het Ministerie van VWS zoekt hiervoor een oplossing (Begroting VWS, 2008). Los daarvan kan een vooraf goed opgestelde kosten-batenanalyse duidelijk maken waar kostenvermindering in de gezondheidszorg mogelijk is, bijvoorbeeld door minder zorgconsumptie.

Het risico voor de verzekeraar kan verder verminderen door de toegang tot de financiering van de preventieve programma's niet open te stellen voor alle verzekerden. De programma's staan dan alleen open voor de inwoners van een bepaalde wijk of de deelnemers aan een bepaalde collectiviteit. Zo is een koppeling aan de bestaande CZM een van de mogelijkheden.

Een tweede toepassingsgebied voor innovatie in de samenwerking met zorgverzekeraars betreft selectieve inkoop. Zoals bekend bestaan er zorgen over de betaalbaarheid van de zorg op lange termijn. Binnen de Zvw wordt veel verwacht van marktwerking: concurrentie tussen zorgverzekeraars zal vooral moeten plaatsvinden op basis van de kwaliteit van hun zorginkoop. Het is duidelijk dat het meeste effect is te behalen bij burgers met hoge zorgkosten. Vaak zijn dat de kwetsbare burgers van het gemeentelijk beleid. Een tastbaar voorbeeld van de uitwerking van onderscheidende zorginkoop is de Zekur-polis van Univé: door een beperkt aantal zorgaanbieders te contracteren kan een lagere premie worden aangeboden. In de Tweede Kamer werd minister Klink ter verantwoording geroepen toen Univé met de Zekur-polis op de markt kwam. Het probleem leek te zitten in het beperken van de individuele keuzevrijheid van verzekerden. De conclusie van de minister was dat deze polis precies past in de beleidsdoelstellingen van de Zvw.

Dit voorbeeld kan in een samenwerkingsverband tussen gemeenten en zorgverzekeraars verder worden uitgewerkt. Via beperkte zorgcontractering kan winst worden behaald omdat er alleen overeenkomsten worden gesloten met zorgaanbieders die een goede kwaliteit weten te koppelen aan een lage prijs. Een initiatiefrol van gemeenten bij het ontwikkelen van zorgpolissen voor kwetsbare burgers ligt voor de hand. De gemeente kan de beperking van de zorgcontractering koppelen aan aantoonbare voordelen voor de verzekerde (in de vorm van lagere premie, geen eigen risico, meer preventieaanbod of meer service). Het preventieaanbod is uit te breiden, samen met lokale en regionale aanbieders, via een plan van aanpak voor concrete preventie-interventies.

5.2 Effectmeting door een ontwikkelingbenadering

Nader onderzoek naar de effecten van de bovenstaande toepassingsgebieden van preventiebeleid is gewenst. Als lokale overheden deze innovatie in preventiebeleid gaan uitzetten en implementeren, is het noodzakelijk om de effecten hiervan vast te leggen. Het moet duidelijk zijn wat een vernieuwd preventiebeleid oplevert aan gezondheids- en kostenwinst. Hierbij past een vorm van effectmeting die uitgaat van een ontwikkelingbenadering, in plaats van een ontwerpbenadering. Dit houdt in dat de effectmeting plaatsvindt in een proces van stapsgewijs verbeteren door het terugkoppelen van resultaten. De ervaring is dat preventieve interventies niet goed kunnen worden beoordeeld door effectmetingen in een laboratoriumsetting. Preventieve interventies groeien en ontwikkelen in een sociale praktijk. Dat gebeurt niet door blauwdrukken van bovenaf, maar door stapsgewijze verbetering. Onderzoek dat op deze wijze wordt uitgevoerd resulteert in maatwerk, in het systematiseren van inzichten over de methodiek, en het beantwoordt de vraag naar de (tussentijdse) gezondheidswinst en de kostenvoordelen.

Tot slot

In deze notitie hebben het Verwey-Jonker Instituut en Bureau BS&F de mogelijkheden verkend voor een vernieuwend lokaal preventiebeleid. Het kader daarvoor bieden de beleidsveranderingen door de invoering van nieuwe wetten en regelingen. De belangrijkste zijn de Wwb, de Wmo, de Zvw, de Wet publieke gezondheid en de aanpassingen in de AWBZ. De kern van de nieuwe beleidsuitgangspunten is dat lokale overheden steeds meer verantwoordelijkheid dragen voor de participatie, de zelfredzaamheid en het welzijn van kwetsbare inwoners.

Een andere centrale notie is dat samenwerking tussen lokale overheden en zorgverzekeraars voordelen op kan leveren. Die samenwerking kan zich aan de ene kant richten op het vergroten van de vraag naar preventieve activiteiten en -interventies. Aan de andere kant gaat het om een breder aanbod en groter gebruik van preventieactiviteiten en -interventies. Er lijkt wel een struikelblok aanwezig te zijn, en dat is vooral het verschil in de beleidssystematiek van lokale overheden en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars richten zich op individuele preventie en gemeenten op collectieve preventie. Toch liggen er voldoende kansen en mogelijkheden voor het ontwikkelen van samenhang tussen die twee. Passende rollen voor de zorgverzekeraars zijn hierbij die van inkoper, zorgadviseur en regisseur. Lokale overheden vertrekken bij innovatie van een samenhangend preventiebeleid vanuit de verbeteroptie of, nog beter, de optie van de overheid als regisseur. Daarbij heeft de overheid de rol van initiatiefnemer.

De uitdaging voor gemeenten om een werkelijk afgestemd lokaal sociaal beleid uit te voeren en te plannen dat is gericht op preventie, zal in de nabije toekomst steeds groter worden. De complexe problemen rond ongezond leven van kwetsbare burgers en het beteugelen van de kosten van de gezondheidszorg vragen hierom.

De samenwerking met zorgverzekeraars kan in deze strategie uitgebreid en benut worden. Er is een hele weg te gaan, maar dit is tegelijkertijd een kansrijke weg. Naast kostenvoordelen biedt deze richting perspectief op een betere gezondheid en ondersteuning van de belangrijkste doelgroep van het sociale beleid van lokale overheden: de kwetsbare burgers.

Literatuur

Broek, P. van den, & Streng, R. (2007). *De zorgverzekeraar: als een vis in 't water?! Utrecht: Atos Consulting.*

Interdepartementaal Beleidsonderzoek (2006-1007). *Gezond gedrag bevordert. Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie.*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). *Innovatie in preventie en zorg, brief aan de Tweede Kamer.*

Newcom Research (2006). *Van goed naar groter. Een beleidsgericht onderzoek naar de groeimogelijkheden van patiënten en gehandicaptenorganisaties in Nederland.* Enschede/Amsterdam: Newcom Research & Consultancy B.V.

Nederland, T. & Doğan, G. (2008). *Zelfevaluatie Wmo-raden, tussenoverzicht gegevens november 2007 april 2008.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Oudenampsen, D., Lammerts, R., Nederland, T. & Doğan, G. (2008). *Ondersteuning cliëntenparticipatie Wmo.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Raad voor de volksgezondheid & Zorg (2008). *Beter zonder AWBZ?* Den Haag: RVZ.

Ruth, van L., Jong, J. de & Groenewegen, P. (2007). *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.

Sociaal Economische Raad (2008). *Langdurige zorg verzekerd. Advies over de toekomst van de AWBZ*. Den Haag: SER.

Vliet, K. van & Nederland, T. (2007). *Overview on health promotion for older people in the Netherlands*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Colofon

opdrachtgever/financier	BS&F, Bestuur Strategie & Financieel
auteurs	<i>Verwey-Jonker Instituut</i> Trudi Nederland Monique Stavenuiter <i>Bureau BS&F</i> Egbert Kraal Dolf Zuidhof
omslag	Grafital, Valkenswaard
uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht telefoon 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail secr@verwey-jonker.nl website www.verwey-jonker.nl

De publicatie

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl>.

Behalve via deze site kunt u producten bestellen door te mailen naar verwey-jonker@adrepak.nl of faxen naar 070-359 07 01, onder vermelding van de titel van de publicatie, uw naam, factuuradres en afleveradres.

ISBN 9789-0583-02861

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2008

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.