

# Essaybundel: Van preventie verzekerd

Acht invalshoeken op preventie en de verzekerde zorg.



**CVZ**

College voor zorgverzekeringen

# Essaybundel: Van preventie verzekerd

Acht invalshoeken op preventie en de verzekerde zorg.



## Voorwoord

“Zorg voor mensen in een gezonde samenleving” is het motto van het ministerie van VWS. Een motto dat goed de breedte aangeeft van waar het over gaat. Het gaat over zorg voor mensen en het gaat over een gezonde samenleving. Preventie is daarbinnen niet alleen het voorkomen van ziekte, maar vooral ook het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet horen we steeds meer de vraag hoe het fenomeen preventie zich dan verhoudt tot de aard en inhoud van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

Het stellen van de vraag is één, de beantwoording daarvan is complexer van aard. In toenemende mate worden namelijk, in één adem met de vraag, ook de woorden eigen verantwoordelijkheid, marktwerking en concurrentie gebruikt. Dit om aan te geven dat het probleem niet zo een-twee-drie is opgelost. Daar is meer denkwerk voor nodig.

Het College voor zorgverzekeringen is sinds 1 januari 2006 pakketbeheerder. Belangrijk onderdeel van deze taak is het geven van uitleg wat tot de verzekerde zorg gerekend mag worden. Dat doet het CVZ door het innemen van standpunten over elementen van zorg. Daarnaast bestaat de taak pakketbeheer uit het geven van adviezen over welke zorg tot het verzekerde pakket zou moeten behoren, voor wie en wat de aard en inhoud van deze verzekerde zorg zou moeten zijn. Met andere woorden hoe de samenstelling van het verzekerde pakket aangepast zou kunnen worden. De doelstelling van het pakketbeheer is om een bijdrage te leveren aan een te verzekeren pakket dat recht doet aan de behoefte aan zorg, dat kwalitatief goed is, toegankelijk voor alle verzekerden en betaalbaar. De burger moet verzekerd zijn van de zorg die hij nodig heeft –de ondergrens van het pakket- en niet van de zorg die hij niet nodig heeft –de bovengrens- van het pakket. Het CVZ doet daarover duidelijke uitspraken en geeft daarover heldere adviezen.

Publicaties koppelen dat het tijd is voor een ander preventiebeleid. Er zijn, zo is algemeen de redenering, nieuwe benaderingswijzen nodig voor problemen die afkomen op- en zich gaan manifesteren in de op curatie gerichte gezondheidszorg. Overgewicht, suikerziekte en angst- en stemmingsstoornissen zijn problemen die op afzienbare termijn gaan leiden tot veel ziektelast en tot minder gezondheid en participatie. Deze problemen zullen bovendien leiden tot een groter beslag op de beperkte middelen binnen de zorgverzekeringen.

Met de roep om nieuwe benaderingswijzen in het achterhoofd heeft het CVZ medio 2006 besloten om de verschillende perspectieven en invalshoeken rondom het thema preventie in samenhang “op te tekenen”.

Het CVZ heeft voor een achttal perspectieven of invalshoeken deskundigen gevraagd om een essay te willen schrijven. Dit met de bedoeling om het totaal van de essays te bundelen tot een inspirerend document onder de titel “Van preventie verzekerd”.

De volgende auteurs hebben een bijdrage geleverd met de bijbehorende perspectieven en invalshoeken.

1. Voor het waarden van preventie in een breder maatschappelijk perspectief heeft *prof. dr. Arjo Klamer*, hoogleraar culturele economie en decaan van de academia vitae, een essay geschreven met als titel "Preventie is zorg voor gezondheid is gezondheidszorg";
2. Eigen verantwoordelijkheid en verantwoordelijkheid van anderen in samenhang beschouwen is het uitgangspunt van het essay van *prof. dr. Hans Boutellier en dr. Katja van Vliet* van het Verwey-Jonker instituut, met de titel "Verantwoordelijkheid in samenhang. Een essay over de plaats van preventie in de zorgverzekering";
3. Voor een beschouwing van preventie vanuit het perspectief van de burger schreef *prof. dr. Margo Trappenburg*, hoogleraar patiëntenperspectief een essay met als titel "De total check up in het basispakket?";
4. Veel chronische ziekten maken een ander begrip van preventie noodzakelijk. *Prof dr. Trudi van den Bos*, hoogleraar sociale geneeskunde, een essay met als titel "Loopt preventie voor de chroniciteit uit?";
5. Preventie is een breed begrip en divers van aard. Om dit begrip met meer focus te beschouwen schreef *prof. dr. Niek Klazinga*, hoogleraar sociale geneeskunde, een essay met als titel "Van zorgverzekering naar gezondheidsverzekering. Preventie op recept";
6. Diverse aspecten van preventie vergen een coherent aanbod in de eerste lijn. Hierover schreef *prof. dr. Pim Assendelft*, hoogleraar eerstelijns geneeskunde, een essay met als titel "Het preventieve aanbod in de eerste lijn";
7. De rol en betekenis van de zorgverzekering voor preventie is het onderwerp van het essay die *prof. dr. Tom van der Grinten*, hoogleraar beleid en organisatie en *Jac Drewes, arts* een essay met als titel "Zorgverzekeraar en preventie; nieuwe kansen of business as usual" ;
8. De zorgverzekeraar is in beeld als het om de daadwerkelijke uitvoering gaat en een mening vormt over preventie. *drs. Diana Monissen* en *drs. Maarten Boon* van Agis schreven een essay met als titel "Zorgverzekeraars en preventie: de curatief-preventieve droompolis".

De auteurs presenteerden de hoofdlijnen van hun essays op een ronde-tafel-bijeenkomst bij het CVZ op maandag 27 november 2006. Na een korte toelichting van het essay werden er door een referent en de aanwezigen in de zaal met de inleider van gedachten gewisseld. Dit met de bedoeling om de opzet en inhoud van het essay in wording verder aan te scherpen en, daar waar wenselijk, een link te leggen of onderdelen uit te diepen.

Op deze geanimeerde en veelzijdige bijeenkomst waren vertegenwoordigers aanwezig van beleid, praktijk en wetenschap. Aan het slot van deze bijeenkomst spraken we af een dergelijke bijeenkomst in het voorjaar van 2007 te herhalen om vervolgstappen van het CVZ te bespreken.

Het CVZ heeft de genoemde essays gebundeld tot het document dat voor u ligt. De inspirerende bijdragen van de genoemde auteurs zijn het lezen meer dan waard en geven in een goede vogelvlucht aspecten weer van het veelzijdige vraagstuk preventie en verzekerde zorg. Het CVZ bedankt de auteurs hiervoor nogmaals! De bijdragen bevatten naar onze mening een veelheid aan verschillende aanknopingspunten en denkrichtingen voor nieuw of ander beleid. Een beleid dat beter past bij de problemen, rollen en verantwoordelijkheden van deze tijd.

Over het fenomeen preventie verschenen in de afgelopen periode meerdere rapporten. Begin oktober 2006 verscheen de nieuwe preventienota van VWS, eind november verscheen het advies Publieke Gezondheid van de RVZ. Het CVZ gebruikt deze bundel als een belangrijke inspiratiebron voor een advies over preventie en verzekerde zorg.

Het CVZ bereidt in de komende periode dit advies voor over de plaatsbepaling van preventie binnen de verzekerde zorg. De contouren van dit advies vormen het decor van de hiervoor genoemde vervolgbijeenkomst in het voorjaar van 2007. Op deze bijeenkomst presenteren wij onze bevindingen en wisselen dan graag met de aanwezigen van gedachten over de hoofdlijnen van ons advies.

Het CVZ wenst u veel plezier bij het lezen van de bijdragen in deze bundel.

Namens het CVZ,

dr. Floor Rikken  
Hoofd Afdeling Innovatie



# Inhoud:

*pag.*

- 1 Preventie is zorg voor gezondheid is gezondheidszorg  
*prof. dr. Arjo Klamer*
  
- 13 Verantwoordelijkheid in samenhang. Een essay over de plaats van preventie in de zorgverzekering  
*prof. dr. Hans Boutellier en dr. Katja van Vliet*
  
- 26 De wondere wereld van de zelftests  
*prof. dr. Margo Trappenburg*
  
- 33 Loopt preventie voor de chroniciteit uit?  
*Prof dr. Trudi van den Bos*
  
- 44 Van ziektekostenverzekering naar gezondheidsverzekering; preventie op recept  
*prof. dr. Niek Klazinga*
  
- 53 Het preventieve aanbod in de eerstelijns  
*prof. dr. Pim Assendelft*
  
- 67 Zorgverzekeraar & preventie, nieuwe kansen of *business as usual*?  
*prof. dr. Tom van der Grinten en Jac Drewes, arts*
  
- 74 Zorgverzekeraars en preventie: de curatief-preventieve droompolis  
*drs. Diana Monissen en drs. Maarten Boon*





*prof. dr. Arjo Klamer*



# Preventie is zorg voor gezondheid is gezondheidszorg

Door: Arjo Klamer, *hoogleraar culturele economie en decaan van de academia vitae*<sup>1</sup>

Gezondheid is een belangrijk thema van gesprek in de Japanse samenleving. De Japanse gastvrouw serveert een bakje zeewier met de mededeling dat het weinig calorieën bevat en veel mineralen. In de ochtend is een zure pruim (Umeboshi) goed tegen vermoeidheid, en in de middag voegt het schoteltje van plakkerige sojabonen (nattoh) vrouwelijke hormonen toe (die de gastvrouw dan ook met veel toewijding aan mannen opdient, terwijl ze buitenlander minzaam excuseert vanwege de moeilijke smaak van het spul). Japanners weten welke groenten het lichaam verwarmen en welke het lichaam afkoelen. Thee is goed in de ochtend, en groene thee is goed voor het hart en de bloedvaten. Vis is goed voor de bloedcirculatie. In het Japanse gesprek is voedsel als een medicijn. Japanners hechten daarom veel waarde aan het dagelijkse voedsel en besteden een aanzienlijk deel van hun budget er aan uit.

Ook in China is gezondheid een belangrijk thema van gesprek. De beste dokter aldaar is voor gezonde mensen. Je gaat naar een dergelijk dokter voor adviezen over de zorg van jouw gezondheid. De dokter is dan niet bezig met pillen voor de bestrijding van ziektes maar om het vinden van de juiste balans, zoals ze dat noemen, en het vast stellen van een gezond dieet en een goede lichaamsbeweging. Het gaat hem of haar om de kunst van het goed en dus gezond leven.

Kom terug in Nederland en het valt op dat hier het thema gezondheidszorg het gesprek op ziekte brengt. Spreken wij over gezondheidszorg dan denken we aan doktoren, verpleegsters en ziekenhuizen, aan ziekte dus. “Gezondheidszorg” is daarom een eufemisme; het gaat over **ziekte** zorg. Maar daarmee zijn we er nog niet want ook het concept “zorg” is hier problematisch. De dokter zorgt niet voor ons; hij of zij behandelt ons. Het zou daarom beter zijn te spreken over *ziekte behandeling*. Gezondheidszorg is iets anders, iets als zorgen voor gezondheid.

Zorgen we goed voor onze gezondheid, dan worden we minder snel ziek, en hoeven we minder beroep te doen op de behandeling van een ziekte. Gezondheidszorg is dus wat we nu wel preventie noemen. Dat we over preventie spreken is omdat we aan ziekte denken. Preventie is het voorkomen van ziekte, oftewel het voorkomen van een behandeling van ziekte. Maar het zou ook gewoon zorg voor de gezondheid kunnen zijn. In die zin staat preventie gelijk aan gezondheidszorg.

It's all in the name. Het woordgebruik doet er toe. Ik wil laten zien dat door het eufemistische begrip “gezondheidszorg” in plaats van ziekte behandeling te hanteren, we een vertekend beeld krijgen, en in het beleid teveel op ziektes fixeren en te weinig op de eigenlijke gezondheidszorg. Nu komt preventie, en dus gezondheidszorg, als een punt laag op de agenda. De indruk wordt gewekt dat verzekeringen preventie als een middel zien om de kosten van hun ziekte behandeling te drukken. Ook de bijdragen in deze bundel richten zich vooral op de koppeling van preventie met de behandeling van ziektes. Herdefiniëren we echter preventie als gezondheidszorg, dan gaat het over geheel andere zaken zoals ik in wat volgt hoop duidelijk te maken.

---

<sup>1</sup> Met dank aan Louise Kraneburg voor onderzoeksassistentie

## Een gezond leven is een “waarden-vol” leven.

Vraag mensen wat belangrijk voor ze is, en ze komen al gauw aan met hun gezondheid. Voor ouderen is gezondheid vaak zelfs het belangrijkste. Die keuze bevreemdt enigszins. Gezondheid is als geld. Ook geld staat hoog op de lijst. Maar geld is niets meer en niets minder dan een middel om echt belangrijke waarden te realiseren, zoals een goed sociaal leven, een gelukkig gezinsleven, status, en wie weet, inspiratie. Gezondheid kan ook niet meer dan een middel zijn. Met een ongezond lichaam kunnen we niet doen wat we normaal zouden willen doen—zoals wandelen, met de (klein-)kinderen spelen, werken, mediteren of noem maar wat op. Dat alles kunnen we met een gezond lichaam dus wel. Daarom is het ons te doen. Ongezondheid is akelig, maar dat betekent niet dat gezondheid het belangrijkste voor ons is, waar alles mee staat of valt. Mensen die dat zeggen, vinden het blijkbaar moeilijk aan te geven waarom het hen werkelijk te doen is.

De klassieke Griekse filosofen, onder wie mijn favoriet Aristoteles, wijzen erop dat ons handelen gericht is op het goed leven. Het goede is ons streven. Wat dat goede is, blijft moeilijk aan te geven. Het gaat om waarden, om wat we waardevol vinden. Dat de belangrijke waarden niet vast kunnen staan, is inmiddels wel duidelijk, althans voor een ieder die zich afkeert van het fundamentalisme. Iedere keer, bij iedere handeling, onderhandelen we met onszelf en met anderen wat een bijdrage aan het goede is. Doe ik er goed aan dit te schrijven? En draagt u iets bij door dit te lezen? Het streven naar het goede motiveert ons gedrag motiveren. Het doel van het goede is wat zin geeft aan onze handelingen.

Het helpt om het goede te verbinden aan de verschillende rollen die we hebben. Als docent dien ik zo goed als mogelijk kennis over te dragen aan mijn studenten. In die rol betekent het goede onder meer de nieuwsgierigheid naar nieuwe kennis, en aandacht voor wat mijn studenten bezighoudt. Als schrijver van dit stuk doe ik het goed wanneer u, de lezer, baat hebt bij het lezen hiervan. En wat zou nu een goede lezer zijn? Ik heb daar zo mijn gedachten over. Wat vindt u? Als vader gaat het mij om bijvoorbeeld zorgzaamheid, stevige liefde, een goed voorbeeld kunnen zijn. Loop het goede voor alle mogelijke rollen na, en je komt al gauw uit op een leven dat bewust, dat authentiek is.

Een goed leven is ook een gezond leven. Voor de Griekse filosofen hield het streven naar het goede als vanzelfsprekend zorg voor de eigen gezondheid in. Een bewust leven is een gezond leven. Net als de vraag naar het goede ons voortdurend bezig houdt, zou de vraag naar het gezonde ons dienen te volgen. Hoe zou ik willen handelen? Wat draagt bij aan mijn gezondheid? Zou ik er nog eentje nemen, of doe ik er beter aan het te laten staan? Welk voedsel voedt mij; welk voedsel heb ik werkelijk nodig? Hoe zorg ik goed voor mezelf? En hoe zorg ik voor de ander? Wat doe ik wanneer de ander zich schade aanbrengt—bijvoorbeeld door dag in dag uit dronken te worden?

Door de gezondheid te benaderen met vragen over het goede leven, wordt gezondheid een morele aangelegenheid. Religieuze mensen zullen het morele van de zorg voor de gezondheid snel herkennen. Vanuit het geloof dat het leven een gift is, volgt de verantwoordelijkheid, en wellicht de plicht, om er goed voor te zorgen. De menselijke geest is zwak, de verleiding is groot om er toch nog eentje te nemen, maar daarmee is de verleiding nog niet goed te praten. Ook zonder geloof ligt de zorg voor de eigen gezondheid voor de hand. Ongezondheid maakt ongelukkig. Daarmee wordt ongezond gedrag irrationeel en dus immoreel.

## **Gezondheidszorg (oftewel preventie) levert de belangrijkste bijdrage aan een beter leven.**

Bewust leven wordt gemakkelijker wanneer we voortdurend worden herinnerd aan wat belangrijk is, aan de essentiële waarden. Het helpt wanneer gesprekken gaan over de belangrijke doelen in het leven, en over de consequenties van ongezonde gewoontes. Als niet roker doet het me goed dat roken niet meer vanzelfsprekend is en dat het roken in steeds meer publieke ruimtes niet meer mag. Het is prettig dat de wetenschap dat niet alleen roken maar ook meeroken schadelijk is, en zelfs dodelijk kan zijn, nu gemeengoed is. Was ik een vijftal jaar nog een zeur als iemand pardoos een sigaret opstak, nu ligt de last bij de roker. Het is heerlijk en rustig dat in Italiaanse en Engelse restaurants en cafés niet meer gerookt wordt. 1 februari 2007 is het zover in Frankrijk. Het is zonder meer bemoedigend te merken dat steeds meer mensen de mening delen dat een rookvrije omgeving bijdraagt aan een gezond leven. (Maar, zoals gezegd, gezond leven is niet het doel. Het is een kenmerk van een bewust leven, en een middel om de waarden te realiseren die er werkelijk toe doende. Zou de agressiviteit toenemen als gevolg van het minder roken, of worden mensen minder sociaal van het niet roken, dan wordt de winst wellicht wat dubieuzer.)

Roken is geen ziekte. Het kan mensen ziek maken, maar dat is de roker van latere zorg. (Een rokende zoon gelooft dat als het zover komt, de wetenschap er wel een genezing ervoor bedacht zal hebben—dus waarom zich er nu druk om te maken.) Veel drinken is geen ziekte, veel en slecht eten is dat niet, te weinig eten is dat ook niet. Te veel of te weinig slapen, gestrest zijn, traumatische ervaringen onderdrukken, veel boos zijn, ruzie maken, gevaarlijk rijden, sporten, scheiden, onbewust leven en zoveel andere gedragingen zijn niet direct ziek, maar getuigen wel van een gebrek aan zorg voor de eigen gezondheid.

Wind ik me op tijdens het werk, dan zou het goed zijn bij mezelf te onderzoeken waarom ik dat doe. Boosheid is bijna nergens goed voor, ik word er onrustig van, slaap er minder goed door en word verleid tot stomme dingen. Bijna altijd is het een symptoom van iets dat niet lekker bij mij zit. Een gezond leven vraagt om beheersing van boosheid. (Verontwaardiging is weer iets anders. Goed verontwaardigd zijn, kan zo nu en dan goed werken en ook best gezond zijn.)

Zo doorredenerend wordt het begrijpelijk waarom Andries Dantzig, de in 2005 overleden psychiater, zo vurig pleitte voor het belang van zorg voor de geestelijke gezondheid. Volgens hem is die zorg zeker zo belangrijk als de zorg voor lichamelijke gezondheid. Als we gezondheidszorg als het zorgen voor de gezondheid opvatten, moeten we hem gelijk geven. Een streven naar een goed en dus gezond leven houdt in dat ik mijn best doe om gezonde emoties te voeden en ongezonde emoties aan te gaan. Vreet jaloersheid aan mij, of erger ik mij bovenmatig aan iets of iemand, dan doe ik er goed aan de redenen te onderzoeken. Lijd ik onder een scheiding, of lukt het me maar niet om een traumatische ervaring te verwerken, dan zou ik de hulp van iemand kunnen invoeren. Ik word er immers niet beter als ik het lijden en het trauma mijn leven laat beheersen, bijvoorbeeld omdat ik er een slechtere vader of een slechtere docent door word.

Een voortschrijdend inzicht in onze psyche en ons emotioneel leven heeft ongetwijfeld een aanzienlijke bijdrage geleverd aan het goed leven. Wat die bijdrage is geweest, is echter moeilijk vast te stellen. Inderdaad, wat zou het toenemende vermogen om emotionele verstriking en verstikking in een relatie bespreekbaar te maken en te onderzoeken, bijdragen aan de gezondheid van relaties, en daarmee aan een goed leven? Ik zou verwachten heel wat. Het helpt te beseffen dat boosheid een teken is van een of andere pijn die iemand uit het verleden meeneemt, dat een terugtrekking het teken kan zijn van depressiviteit, dat zelf-destructief gedrag een roep om aandacht kan zijn.

Zorg voor de geest en zorg voor het lichaam kenmerken dus het streven naar een goed leven.

## **De grote winst is geboekt in de zorg voor de gezondheid, meer dan in de behandeling van ziektes.**

Wek ik nu de indruk dat mijn wens de vader van de gedachte is, dat mijn inzet op de zorg voor gezondheid als onderdeel van het streven naar het goed leven, een leuke filosofische gedachtegang is zonder al te veel verband met het werkelijk leven, dan wil ik die indruk nu graag corrigeren door eerst te laten zien dat de afgelopen paar eeuwen zorg voor gezondheid altijd geprevaleerd heeft. Daarna zal blijken dat het daar nog steeds om gaat.

Rosen (1993) registreert de volgende belangrijkste ontwikkelingen in de gezondheidszorg na 1750.

### **500-1750: Middeleeuwen en Renaissance**

- gemeentelijke **verordeningen**, onder andere aangaande drinkwater, markten en lepra;
- quarantaine;
- regimen sanitatis (voorschriften voor gezond gedrag);
- eerste beschrijvingen van beroepsziekten;
- ontwikkeling van concept bevolkingsstatistiek ('political arithmetic').

### **1750-1830: Verlichting en Revolutie**

- ontwikkeling van concept van 'medische politie';
- wettelijke regeling van armenzorg
- volksgezondheid als staatsbelang;
- geneeskundige plaatsbeschrijvingen;
- ontwikkeling van inenting tegen pokken;

### **1830-1875: Industrialisatie**

- grote onderzoeken naar gezondheid van arbeiders, grote steden;
- ontwikkeling van de "*sanitary idea*";
- instelling gezondheidscommissies, inspecties;
- volksgezondheidswetgeving;
- ontdekking verspreiding cholera

### **1875-1950 opkomst publieke "gezondheids" systeem**

- sanitaire maatregelen tegen infectieziekten (drinkwaterleiding, riolering);
- eerste vaccinaties;
- jeugdgezondheidszorg;
- programma's voor bestrijding tuberculose, geslachtsziekten;
- bestrijding kinderarbeid, verbetering arbeidsomstandigheden;
- oprichting gemeentelijke en andere gezondheidszorgen.

### **1875-1950 Publieke "gezondheid" en "preventie"**

- sanitaire maatregelen tegen infectieziekten (drinkwaterleiding, riolering);
- eerste vaccinaties;
- jeugdgezondheidszorg;
- programma's voor bestrijding tuberculose, geslachtsziekten;
- bestrijding kinderarbeid, verbetering arbeidsomstandigheden;
- oprichting gemeentelijke en andere gezondheidszorgen.

De verbeteringen betreffen slechts gedeeltelijk de behandeling van ziektes. Het merendeel heeft betrekking op verbeteringen in de leefomstandigheden. Men werd zich bewust van het belang van hygiëne, van schone lucht en schoon water, van goede en veilige werkcondities en van riolering. Belangrijk was ook dat mensen zich gingen wassen, met vork en mes begonnen te eten, beter met voedsel leerden om te gaan (pasteurisatie, het wassen van groentes) en de betekenis van vitaminen (verse groente en fruit) ontdekten.

Natuurlijk zorgden deze ontwikkelingen ervoor dat ziektes voorkwamen werden. Sommige van de maatregelen zouden nu een vorm van "preventie" genoemd worden, waaronder de inenting tegen pokken alsook de andere vaccinaties. Maar in het algemeen getuigen deze ontwikkelingen vooral van een groter bewustzijn van het eigen lichaam, en daarmee van het belang van grotere zorg voor de eigen gezondheid alsook voor de gezondheid van anderen. Wij zijn ons er nu van bewust dat het niet goed is om kooldampen en uitlaatgassen van de auto in te ademen of om in de sigaretten rook te zitten. Schone lucht is beter voor ons. Dat besef is er nog niet zo lang. Dat van die sigarettenrook misschien een paar jaar. Wie weet is het over een paar jaar het opsteken van een sigaret net zo aanstootgevend als een rokende schoorsteen neer te zetten. Dat is dan het resultaat van een toenemende zorg voor een gezond leven.

Ook het inschatten van de waarde van allerlei voedsel en hun schadelijke effecten, het baden en wassen, de toiletgang, een verbetering van werkomstandigheden, alsook betere zorg voor de armen, dat alles heeft meer te maken met zorg voor de gezondheid, als onderdeel van het streven naar een goed leven. Dat mensen daardoor minder snel ziek werden en langer leefden is mooi meegenomen.

Belangrijk is ook het groeiende besef dat een vervuilde omgeving schadelijk is voor de gezondheid. Goed schoonmaken thuis helpt alsook vermindering van de uitstoot van schadelijke stoffen, en het schoonmaken van de straten en het water.

Een belangrijke bijdrage aan een bewust en gezond leven komt van het onderwijs. Denk aan al de kinderen die eerst in de meest erbarmelijke omstandigheden wat bij moesten verdienen, en nu op school mogen zitten, keurig en beschermd en daarbij leren hoe zich te verzorgen, en hoe goed te eten. De winst in de "gezondheidszorg" is daarom vooral geboekt in de zorg voor de gezondheid eerder dan in de behandeling van ziektes.

## **De belangrijkste uitdagingen van nu betreffen niet zozeer ziektes dan wel onvoldoende zorg voor de gezondheid.**

Ook als we de uitdagingen in de "gezondheidszorg" van nu zien, valt op hoe veel daarvan de zorg voor de gezondheid betreffen. Flemming (1999) geeft het volgende lijstje:

**Gezondheidsbedreigingen:** roken; overgewicht; alcohol en drugs; milieuverontreiniging; veroudering van de bevolking

**Gezondheidsverschillen:** sociaal-economische gezondheidsverschillen; etnische gezondheidsverschillen

**Gezondheidsproblemen:** infectieziekten, psychische stoornissen; letsels door ongevallen en geweld

**Gezondheidszorg:** toegankelijkheid en kwaliteit

Iemand die te veel eten zorgt niet goed voor zichzelf. Mensen die roken, teveel alcohol en drugs innemen, doen dat ook niet. Mensen die lager opgeleid zijn zorgen slechter voor zichzelf dan mensen met een hogere opleiding. Milieuverontreiniging is slechte zorg voor de gezondheid en hoe ouder we worden hoe belangrijker de zorg voor de gezondheid wordt. Mensen met een lage opleiding alsmede sommige etnische groepen, zijn zich blijkbaar minder bewust van het belang van gezondheidszorg dan hoger opgeleiden en autochtonen. Natuurlijk zijn er bedreigingen van AIDS, de resistentie van bepaalde bacteriën tegen penicilline, en wie weet worden we overvallen door een griepiepidemie waar we geen verweer tegen hebben. In die gevallen zal het toch gaan om

het vinden van geneesmiddelen en verbetering in de behandeling van ziektes. Maar willen we de grootste bedreigingen het hoofd bieden, dan zou het in de eerste plaats om een verbeterde zorg voor de gezondheid dienen te gaan dan om een verbeterde behandeling van ziektes.

Neem het geweld. Voorkomen is effectiever dan een verbetering in behandeling van de slachtoffers. Willen we geweld voorkomen, dan zal het gaan om zaken als de vermindering van sociale verschillen, de versterking van solidariteit tussen verschillende klassen en generaties, en verbetering van het onderwijs. Mensen die goed in hun vel zitten, gaan niet snel andere mensen te lijf. Een sterke sociale omgeving weet uitspattingen in te tomen. Bestrijden van geweld is dus een zaak van versterking van de samenleving. Het bestrijden van geweld dient het streven naar een goede samenleving. We zouden het ook als een zorg voor de gezondheid kunnen opvatten.

En wat te zeggen van de luide muziek in disco's en dergelijke gelegenheden? Ik mis het in het rijtje, al weten we inmiddels dat de harde muziek slecht is voor de oren, en dat jongeren die zich daaraan blootstellen het risico lopen geheel of gedeeltelijk doof te worden. We kunnen nu investeren in de verbetering van gehoorapparaten, maar we zouden ook met elkaar kunnen afspreken de muziek wat lager te zetten. En waarom laten we cafés tot 4 uur open en mogen onze kinderen tot nog later op straat rondzwerven terwijl we weten dat ze al veel te veel alcohol drinken met allerlei nadelige gevolgen van dien? Sinds wanneer worden jongeren er beter van veel te drinken, te roken en naar luide muziek te luisteren? De vrijblijvendheid in de opvoeding zou wel eens een verslechtering van de gezondheidszorg kunnen betekenen. Zou ons doel een bewust leven zijn, dan zouden we wellicht anders handelen. Het zou een vorm van preventie zijn, oftewel zorg voor de gezondheid.

Om de problematiek dichter bij mijn eigen leeftijdsgroep te brengen, wil ik wijzen op de geestelijke gezondheid. Kijk ik om me heen dan valt me op hoe veel moeite zo velen van mijn leeftijdgenoten hebben met het bewust leven (ikzelf inbegrepen). Overal kom ik een schreeuwende behoefte aan zingeving tegen. En aan rust. Men ervaart dit moderne beschaafde leven als jachtig en onrustig. We praten steeds sneller, we reizen steeds sneller, en willen onze informatie steeds sneller. Ondertussen lijkt de richting voor al die snelle bewegingen onduidelijk. "Waarom in hemelsnaam?" is de vraag die steeds weer opkomt.

In al die drukte blijkt het bijvoorbeeld moeilijk om de balans te vinden tussen werk en privé. Het wordt helemaal moeilijk wanneer het gaat om de invulling en vervulling van een spiritueel leven. Op een of andere manier richten wij ons leven zo in, dat er weinig tijd is voor reflectie. Echte rust is bijna niet meer mogelijk. Stilte ook niet. Gelegenheid voor een gezamenlijke beleving van rituelen is er steeds minder. Dit is een tijd voor overdaad aan beeld en geluid maar met een groot gebrek aan rust en stilte, aan gelegenheid voor het gesprek dat dieper gaat. De consequenties van deze tekortkomingen in het geestelijke leven uiten zich in psychische aandoeningen zoals burnouts, overspanning, depressies, ongelukkige gevoelens, onvrede, en eenzaamheid. Het zijn allemaal uitingen van een tekort schietende zorg voor de gezondheid.

Het geeft te denken dat de behandeling van psychische stoornissen de grootste kostenpost is op het budget voor ziektebehandelingen. Wat als we door betere zorg voor onze geestelijke gezondheid daar een 20 procent op zouden kunnen besparen? Dat kan als we meer zorg zouden hebben voor de eigen gezondheid en die van anderen.

Het zou ook veel uitmaken wanneer wij leren bewust het einde van ons leven te onderkennen. Tien procent van alle kosten voor ziektebehandeling maken we in het laatste levensjaar. We zijn in staat ons leven te rekken met behulp van medische interventie maar daarmee is de kwaliteit van ons leven vaak niet gediend. Bij een vriend van me werd een jaar geleden een vorm van bloedkanker ontdekt. Direct kwam hij in de medische molen terecht en vindt hij zichzelf wekelijks, soms zelfs dagelijks in gesprekken met doktoren en verpleegsters. Al is het uitzicht op genezing nihil, de doktoren schrijven pijnlijke en zeer vermoeiende therapieën voor. De hele dag is hij

bezig met zijn ziekte en het wordt steeds moeilijker om het ergens anders met hem over te hebben. Had hij geweten wat hij allemaal had moeten doormaken, dan had hij ervoor gekozen uit de handen van de doktoren te blijven. Dan zou hij eerder aan zijn einde gekomen zijn, maar het zou zijn eigen keuze geweest zijn, en zijn leven zou niet zo ellendig eindigen als het nu dreigt te doen. Ook die keuze heeft te maken met de zorg voor de eigen (geestelijke) gezondheid.

Volgens Socrates bereidt het filosoferen ons voor op het sterven. Heeft hij gelijk, dan zou een filosofie studie een goede vorm van gezondheidszorg zijn. Het zou ook enorm veel besparen op de kosten van de behandeling van (terminale) ziektes.

### **Waarom we zoveel over preventie spreken als het voorkomen van ziekte, en zo weinig over zorg voor de gezondheid.**

Dat we zo gericht zijn, heeft ongetwijfeld te maken met de ideologie van vooruitgang en maakbaarheid. Het verlichtingsdenken gaf ons mensen de gedachte dat we er beter aan toe zijn door het heft in eigen handen te nemen. Dus in plaats van ons over te leveren aan het lot, aan de wil van God of de grillen van de natuur, zouden wij met behulp van onze zelf verworven wetenschappelijke kennis de wereld inrichten naar ons eigen wensbeeld. Dit moderne denken leidde ook tot de overtuiging dat we lichamelijke ongemakken en ziektes de baas zouden moeten worden. Daartoe diende de investering in de medische wetenschap. Want de wetenschap was de geëigende manier om de benodigde kennis te genereren.

Gewapend met dit geloof valt ook te begrijpen dat sociaal gerichte mensen in de achttiende en negentiende eeuw belangstelling ontwikkelden voor de gezondheid van het volk en zich inspanden voor collectieve gezondheidszorg. De principes van gelijkheid en rechtvaardigheid maakten toegang tot de laatste medische kennis een recht voor iedereen.

De stap naar de centrale overheid was vervolgens klein—al had die in Nederland nogal wat voeten in de aarde vanwege het Protestantse beginsel van soevereiniteit in eigen kring (waardoor de verantwoordelijkheid voor zorg in de eigen kring hoorde en niet bij een grote anonieme overheid.) Eenmaal in handen van de overheid treedt de **logica van de staat** in werking. Die logica vraagt om duidelijke regels en afspraken op basis van democratische besluitvorming, en objectivering van individuele gevallen (gelijke monniken gelijke kappen). Een dergelijke logica stuurt vooral op de condities van het aanbod. De beschikbaarheid van ziekte behandeling bepaalt wie op welke wijze behandeld kan worden. Deze logica dwingt ook een heldere en transparante vorm van financiering af. Het gevolg was een verregerende bureaucrativering van de ziekte behandeling.

De reactie op deze logica van de staat was een verplaatsing in de richting van de **logica van de markt**. In deze logica staat de consument centraal. De consument is koning. De prijs reguleert de vraag en het aanbod. De aanbieders sturen op efficiëntie: ze proberen tegen zo laag mogelijke kosten zoveel mogelijke diensten te leveren om een maximale winst te behalen.



Met de invoering van markwerking in het verzekeringsstelsel is de eerste stap in de richting van de markt gezet. Private klinieken en commerciële ziekenhuizen maken een volgende stap. Belangrijker is wellicht de markgerichte manier van denken die haar intrede heeft gedaan in de wereld van de gezondheid. Als gevolg wordt er nu over producten gesproken, over klanten, over vraaggestuurde zorg, over het belang van efficiëntie, en zelfs over winst. Volgens velen maakt de marktbenadering de gezondheidszorg doelmatiger en daarmee beter voor de consumenten. Allerlei ingrepen worden dankzij de marktwerking sneller en goedkoper.

De logica van de markt stuit echter nog steeds op grote weerstand bij de behandelaars van ziektes. Zij vinden haar onverenigbaar met de zorg die zij willen verlenen en hebben bezwaar tegen de ongelijkheid waartoe de logica van de markt leidt. De logica van de markt blijft hoe dan ook problematisch. Klantgericht werken mag goed zijn, maar wanneer de klant zelf niet betaalt voor de verleende dienst—zoals veelal het geval is—werkt de logica slechts ten dele. Want volgens de logica van de markt, bepaalt degene die betaalt. Elke kritiek op de toepasbaarheid van de logica van de markt heeft echter als probleem dat de alternatieve logica, die van de staat, allesbehalve overtuigend is. Het zou de discussie goed doen wanneer we een derde logica weten te onderscheiden.

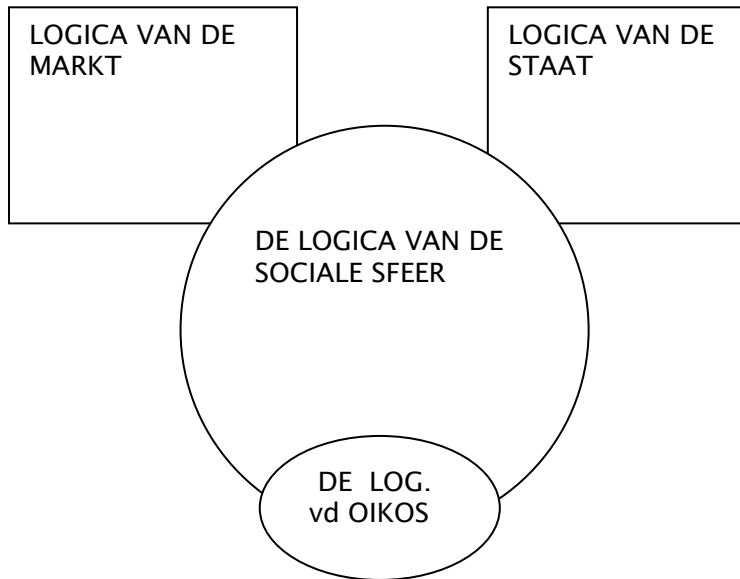
### **De zorg voor de gezondheid volgt allereerst en meest de sociale logica.**

De cruciale logica wanneer we spreken over de zorg voor de gezondheid is de sociale logica, oftewel de logica van het dagelijkse sociale verkeer. Dit is de logica van de moeder die vrij neemt om voor haar zieke kind te zorgen, en van de omstanders die een gevallen fietser op de been helpen. In geen van deze gevallen zijn de regels bepalend, zoals in de logica van de staat, of een prijs, zoals in de logica van de markt. De sociale logica is de belangrijkste van de drie en speelt een doorslaggevende rol in de zorg voor de gezondheid zoals ik haar eerder herdefinieerde.

We leren de sociale logica als allereerste. We doen dat in wat ik de *oikos* noem (zie Klamer 2005). De *oikos* is Grieks en staat voor thuis, voor de groep waartoe een mens behoort. In onze *oikos* hebben we een wezenlijke band met andere mensen. Veelal is deze band een bloedband, of een ban van verwantschap. De aard en omvang van de *oikos* varieert sterk. In de westelijke samenlevingen wordt ze kleiner en wordt ze steeds meer bepaald door wat wij het gezin noemen. Chinezen kennen een uitgebreide *oikos* waarin verregaande familievertakkingen een plek hebben. Cruciaal voor de logica van de *oikos* is loyaliteit. Kinderen leren wat loyaliteit is van de zorg die hun ouders in welke omstandigheid ook voor hen hebben. In sommige culturen schept deze zorg de verplichting tot zorg voor een hulpbehoevende ouder, Het gaat dan om wederkerigheid. In de Nederlandse bestaat die wederkerigheid ook maar is ze minder duidelijk.

In het plaatje hieronder staat de *oikos* aan de basis. Tussen de *oikos* onderaan en de markt en de overheid aan de bovenkant staat de sociale sfeer, ook wel de samenleving (civil society) genoemd. Hier verhouden mensen zich tot elkaar buiten hun *oikos* en zonder bemiddeling van de logica van de markt en de staat. Ook in de samenleving is de sociale logica van toepassing. Volgens deze logica helpen we een verkeersslachtoffer zonder dat we een rekening sturen maar met de verwachting dat wij net zo goed geholpen worden wanneer wij het slachtoffer zijn van een ongeluk. Volgens deze logica praat een docent met een leerling die dreigt te ontsporen buiten de procedures om en bespreken we het al dan niet roken tijdens een feestje.

Volgens deze logica bespreken Japanners met elkaar wat al dan niet gezond is waarvoor, en weren Italianen ongezonde Amerikaans voedsel uit hun keuken. Volgens deze logica bedwingen mensen dagelijks geweld, bijvoorbeeld door met elkaar te praten, en bespreken vrienden hoe ze gezonder zouden kunnen leven. Het is de logica van alledag!



Zorg voor de gezondheid begint in de *oikos*. Het is daar waar ieder mens eerst leert hoe voor zichzelf en voor de ander te zorgen, en meer in het algemeen wat goed leven is. De ervaringen van de talloze *oikoi* die een samenleving als de onze telt, leren hoe moeilijk die lessen kunnen zijn. Ouders die hun kinderen vol stoppen met chips, die weinig tijd voor elkaar en voor de kinderen nemen, die de kinderen al op jonge leeftijd alcohol te drinken geven, elkaar en de kinderen mishandelen, kinderen die een geestelijke richting in hun opvoeding moeten ontberen, die niet leren hoe sociale contacten buiten de *oikos* op te doen en vast te houden, die geen eigenwaarde ontwikkelen: het zijn allemaal tekenen van een falende vorming als bewuste en gezonde deelnemers aan de samenleving. Vandaar ook het grote belang van de sociale sfeer, van die samenleving dus.

In de samenleving leren we wat sociaal acceptabel gedrag is. Soms gaat die les ten koste van wat we in onze *oikos* geleerd hebben—zoals wanneer we van vriendjes leren te roken tegen de les van de eigen ouders in—en soms leren we er beter door te leven. We opereren in de samenleving door naar school te gaan, vrienden te maken, met kennissen en collega's om te gaan. Zonder dat daar door de staat gedicteerde regels voor zijn, en zonder de regulering en waardering door middel van marktprijzen, onderhandelen we steeds weer over de wijze waarop we ons tot elkaar verhouden, wat we van elkaar mogen verwachten. Waar spreken wij over? Spreken wij elkaar aan op wat gezond is? Over hoe goed eten bijdraagt aan een goed leven? Hoe stimuleren wij elkaar het goede dan wel het slechte te doen? Is het stoer te roken? Of juist niet? Is het leuk en “cool” om veel alcohol en veel zoete alcoholische drankjes te drinken? Of juist niet? Spreken mensen over wat het betekent goed te sterven? Waarschuwen we elkaar wanneer een balans zoek is, zoals de balans tussen werk en privé, of die tussen ambitie en reflectie? Het gaat in deze sfeer om educatie, en om veel meer dan dat.

Vanuit het sociale perspectief van de *oikos* en de samenleving gelden de logica van de markt en die van de overheid alleen wanneer de sociale logica te kort schiet. Dat gebeurt, zo is gebleken, wanneer een ziekte om deskundige behandeling vraagt, of wanneer een collectieve inenting wenselijk is. In de markt koop ik wat ik nodig heb, zoals (gezond) voedsel, advies misschien, en tot op zekere hoogte ook een professionele behandeling en professionele zorg. Via de overheid heb ik recht op professionele behandeling en professionele zorg die ik niet via de markt en via de sociale sfeer kan krijgen. De markt en de overheid zijn, zo geredeneerd, aanvullend.

Denken we aan gezondheidszorg in de sferen van de *oikos* en de samenleving dan ligt het voor de hand te denken aan de zorg voor gezondheid en de koppeling met het streven naar een goed en bewust leven te maken. Vanuit het sociale perspectief zijn vele termen die nu gebezigd worden, misleidend en vertekenend. De term “gezondheidszorg” zoals ze nu gebruikt wordt, dwingt ons te denken in termen van de logica van de overheid en inmiddels ook die van de markt. We denken aan ziekenhuizen waar we behandeld worden voor een ziekte of aandoening, en aan doktoren die ons genezen. Terwijl gezondheidszorg in de eerste plaats iets is van gewone, niet professionele mensen die de zorgen voor de eigen gezondheid en die van een ander waar ze mee te maken hebben in hun *oikos* dan wel de sociale sfeer.

Preventie betekent volgens de logica van de markt en die van de overheid het voorkomen van de behandeling van ziektes, en dus de besparing van kosten. Het komt over als een bezuinigingsmiddel, en dat is het ook. Het zou echter moeten gaan over zorg voor de gezondheid en dus over bewust en goed leven.

### **Wat het sociale perspectief kan betekenen voor ziekteverzekeraars**

De professionele ziekte behandelaars hebben als belangrijkste verantwoordelijkheid de behandeling van ziektes. Ziekteverzekeraars hebben als taak mensen te verzekeren tegen de onkosten van een ziektebehandeling. De vraag is nu hoe zij de zorg voor de gezondheid kunnen ondersteunen en versterken.

Goede voorbeelden van een dergelijke ondersteunende functie zijn de kraamzorg en het consultatie bureau. De verpleegster die bij mij thuis komt na de geboorte van een kind, weet mijn vrouw en mij van alles en nog wat te vertellen over de goede zorg voor de baby. Vergeleken bij de Amerikaanse samenleving, waar kersverse ouders op de eigen kring zijn aangewezen voor informatie, is de georganiseerde kraamzorg in Nederland een belangrijk gemeen goed. Dat geldt ook voor het consultatiebureau. Met deze instellingen blijft de zorg voor het opgroeiend kind buiten de sfeer van de ziektebehandeling.

Van Health Maintenance Organizations wordt gezegd dat zij meer doen aan de ondersteuning en versterking van de zorg van de gezondheid door hun deelnemers. Omdat een dergelijke organisatie de functies van ziektebehandeling en verzekering combineert, heeft het alle belang de behandeling van ziekte zoveel mogelijk te voorkomen. De belangrijkste beweegreden om aandacht aan de zorg voor gezondheid te geven is dus vooral een financiële: het bespaart geld en houdt de contributies laag. Een dergelijke organisatie blijft daarmee meer de logica van de markt volgen dan de sociale logica.

De logica waarin georganiseerde ziektebehandelaars onvermijdelijk opereren, staat een zuivere rol in de ware gezondheidszorg in de weg. Ik zie evenwel mogelijkheden wanneer doktoren, verpleegsters, fysiotherapeuten, psychologen en andere deskundigen zich als adviseurs van gezonde mensen—coaches in de hedendaagse taal—opstellen. Net als de beste doktoren in China zouden wij hen consulteren over onze leefgewoontes, over het voedsel dat we eten, over de beste lichamelijke oefening. Zij zouden ook het onderwijs kunnen ondersteunen door het verzorgen van lessen over gezond leven. Zorg voor gezondheid zou hoe dan ook een belangrijk thema dienen te zijn voor de educatie van jong en oud (want wie wil volhouden dat educatie stopt rond de 25?)

Op zich is het verzekeren van een consult onzinnig. We verzekeren ons tegen risico en als ik jaarlijks een deskundige raad wil plegen over mijn gezondheid dan loop ik geen risico. Een vergoeding van een dergelijk consult zou echter een aanmoediging kunnen zijn. Ziekteverzekeraars die die vergoeding betalen, zouden daarmee uitdrukking kunnen geven aan een sociale of maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Het verleggen van de nadruk op ziektebehandeling naar die op de zorg voor gezondheid is een maatschappelijk proces. Dat dit proces gaande is, zouden we kunnen aflezen uit de toenemende aandacht voor gezond voedsel, voor de geestelijke gezondheid, voor de

balans tussen privé en werk, voor een schoon milieu. Ondertussen blijft het beleid gericht op de behandeling van ziektes en het voorkomen daarvan.

De wereld staat dus nog steeds op de kop. Alsof het doel van gezondheidszorg is mensen te genezen van hun ziektes en aandoeningen. Terwijl het doel zou moeten zijn zorgen dat we gezond en daarom goed leven.

## Literatuur

- Klamer, Arjo. 2005. In Hemelsnaam: een economie van overvloed en onbehagen. Kampen: Ten Have
- Rosen, G. A history of public health (expanded edition). Baltimore: John Hopkins University Press, 1993
- Koplan, JP, Fleming, DW. Current and future public health challenges. JAMA 2000;284:1696-1698
- Weil, O, McKee, M. Setting priorities for health in Europe. Eur J Publ Health 1998; 8:256-258





*prof. dr. Hans Boutellier en dr. Katja van Vliet (midden)*

# Verantwoordelijkheid in samenhang. Een essay over de plaats van preventie in de zorgverzekering

Door: Hans Boutellier en Katja van Vliet, *Verwey-Jonker Instituut*

Het CVZ stelt zich ten doel een visie te ontwikkelen op de gezondheidszorg die richting kan geven aan de wijze waarop het verzekeringspakket kan worden ingericht. Meer in het bijzonder stelt men zich de vraag hoe recht kan worden gedaan aan de inzichten uit de preventieve geneeskunde. Deze vraag valt in twee onderdelen uiteen. In de eerste plaats gaat het om de rol die de Zorgverzekeringswet concreet kan spelen bij het voorkomen van schade die morgen of overmorgen bij sommige groepen individuen kan ontstaan. In de tweede plaats gaat het om de bijdrage die de Zorgverzekeringswet kan bieden aan een beter preventiebeleid.

Tegen deze achtergrond vormt de volgende vraag voor dit essay het vertrekpunt: *hoe kan de zorgverzekering zo worden ingericht dat preventieve inzichten en voorzieningen maximaal kunnen worden gebruikt in de bevordering van de volksgezondheid om het gebruik van care- en curevoorzieningen terug te dringen of beheersbaar te houden?* Om deze vraag te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van inzichten die door het Verwey-Jonker Instituut zijn opgedaan op andere domeinen, meer in het bijzonder de over de relatie tussen preventie en repressie in de veiligheidszorg.

Preventie veronderstelt dat er een zorgvuldig evenwicht bestaat tussen de diverse verantwoordelijkheden van betrokken partijen. Dit noodzaakt tot de ontwikkeling van samenhang tussen betrokken actoren in allianties en arrangementen. Daarenboven is een gedeelde visie en een gerichte benadering nodig. In dat verband wordt het model 'Van achteruit naar voren' (Boutellier, 2005) gepresenteerd, dat betekent dat probleemgestuurd vanuit curevoorzieningen naar voren wordt geredeneerd: wat is er om problemen achterin te voorkomen in het voorveld aan voorzieningen nodig? Dit model wordt toegepast op drie casusbeschrijvingen. Tot slot formuleren we een eerste antwoord op de vraagstelling.

## Governance of health

Het domein van de volksgezondheid kenmerkt zich van oudsher door een aanbodgerichte structuur. Patiënten en potentiële patiënten zijn sterk afhankelijk van de wijze waarop het domein is ingericht en de voorzieningen die vanuit de medische wetenschap zijn ontwikkeld. Om deze aanbodgestuurde logica te overstijgen is in de afgelopen decennia met meer en minder succes gestreefd naar een meer vraaggestuurde werkwijze in de medische sector. Deze ontwikkeling is niet uniek voor de gezondheidszorg, maar vindt men terug in tal van andere publieke sectoren. In dit verband spreekt men van maatschappelijke dienstverlening. De verschuiving van aanbod- naar vraaggerichte sturing is nog volop in ontwikkeling. Daarbij speelt in de gezondheidszorg een aantal factoren een remmende rol.

In de eerste plaats kent de vraaggerichte logica geen logisch eindpunt. De vraag is slecht voorspelbaar en in principe onverzadigbaar. Dit leidt tot openeindregelingen in de gezondheidszorg met een navenant moeilijk beheersbare kostenstructuur. De vraag zal in principe met een zekere professionele argwaan worden tegemoet getreden. In de tweede plaats zal de vraag vaak haaks staan op de ziektegerichte professionaliteit van het domein. De vraag vloeit voort uit de beleving van de patiënt, terwijl de medicus vaak redeneert vanuit de reikwijdte van de medische expertise. In een hoogtechnologische sector als de gezondheidszorg is sprake van een natuurlijke discrepantie tussen vraag en aanbod. In de praktijk leidt dit tot een ingewikkelde interactie tussen patiënt en medicus. De gezondheidsfilosofe Annemarie Mol (2006) spreekt in dit verband van *dokteren*, een subtiele interactie die sterk relationeel is, gebaseerd op vertrouwen en



verankerd in een kennisverschil dat per definitie aanwezig is tussen patiënten en medische voorzieningen. Ten slotte wordt bij preventieve interventies de relatie tussen vraag en aanbod extra gecompliceerd doordat er vaak nog geen expliciete vraag aanwezig is. Dan geldt in feite nog sterker de aanbodsgerichte houding: 'wij weten wat goed voor u is'. Daar staat tegenover dat mensen deze preventieve relatie vrijwillig aangaan, zonder 'medische noodzaak'.

De patiënt is dus niet zomaar een klant met een eenduidige vraag. De bedrijfskundige logica rond het begrip klant en dienstverlening is dan ook slechts tot op zekere hoogte van toepassing op de gezondheidszorg. In dit verband lijkt het zinvol een derde vorm van sturing te introduceren: *een probleemgerichte benadering* waarin niet het aanbod, niet de vraag, maar het probleem centraal komt te staan. Deze vorm van sturing is ook herkenbaar op het terrein van de veiligheidszorg, waar een klantgerichte benadering evenmin van toepassing is. In een probleemgerichte benadering staan de probleemdefinitie, een gedeelde diagnose en een haalbare oplossing centraal. In het geval van veiligheid wordt wel gesproken van *governance of security* - een term die naar de gezondheidszorg kan worden vertaald als *governance of health*.

## **Van achteruit naar voren**

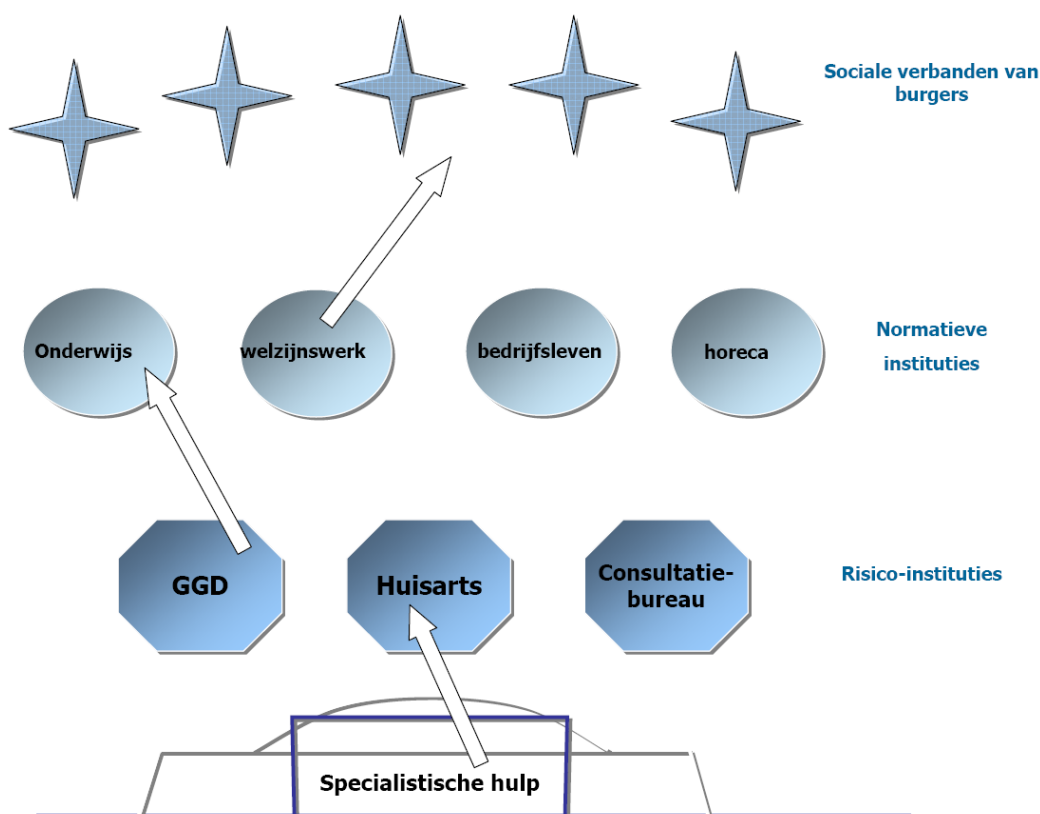
Het lijkt zinvol de notie van probleemsturing in de veiligheidszorg toe te passen op de gezondheidszorg. In dat verband maken we een uitstapje naar de veiligheidszorg. Op het terrein van de veiligheid wordt al sinds het midden van de jaren tachtig onderkend dat veiligheid geen zaak meer is en kan zijn van louter politie en justitie. Zoals ziekte niet wordt veroorzaakt door de dokter, zo is criminaliteit geen resultaat van politieoptreden. Veiligheidsproblemen zijn een maatschappelijke aangelegenheid, waaraan tal van concrete oorzaken ten grondslag liggen. Deze variëren van verwaarlozing in de opvoeding tot slechte straatverlichting, en van overmatig drank- en drugsgebruik tot eroderende sociale normen. Voor een aanpak van het veiligheidsprobleem zijn dan ook tal van actoren relevant.

In dit verband dringt zich het beeld op van een sportteam, laten we zeggen een voetbalelftal dat sterk in de verdediging is gedrongen (Boutellier, 2005). Justitie staat tussen de palen en vliegt de ballen om de oren. In een dergelijke situatie wordt idealiter het spel vanuit de verdediging opnieuw opgebouwd. De doelman coacht zijn verdediging; de verdediging ondersteunt het middenveld en het middenveld bedient de voorhoede. In deze beweging van achteruit naar voren zijn politie en Justitie proactieve laatste instanties. De verdedigende linie bestaat uit de instellingen die zich bezig houden met risico's (risicjongeren, risicogezinnen, risicosituaties, risicoacties).

In het middenveld treffen we de instituties aan voor wie veiligheid slechts een afgeleide functie is. We kunnen daarbij denken aan het onderwijs, de hulpverlening, het welzijnswerk, het bedrijfsleven, de zorg, gemeentelijke diensten en dergelijke. Deze organisaties hebben hun eigen doelstellingen, maar hebben binnen het veiligheidsparadigma een secundaire functie. Daarbij gaat het om vroegtijdige correctie van ongewenst gedrag, beslechting van conflicten, versterking van de integriteit en bevordering van burgerschap. De voorhoede bestaat uit de burgers en de sociale verbanden die zij aangaan. Hun verweer tegen onveiligheid is vooral zinvol indien zij zich institutioneel gesteund weten in de rug.

Dit bestuurlijk model veronderstelt dat het ondersteunend is aan de voorhoede van een samenleving. Hier wordt het spel bij voorkeur gespeeld. Hier vindt men de creativiteit, de sociale innovatie, het sociale kapitaal dat zich echter geruggensteund dient te weten door de organisaties in het middenveld. Het model geeft een beeld van een beweging naar voren, maar er wordt verdedigd wanneer het erop aankomt. In de veiligheidsnetwerken zit een richting op basis van een door veiligheid geleide probleemsturing. Dit model lijkt van toepassing op de gezondheidszorg, meer in het bijzonder ten aanzien van de relatie tussen preventie en curatie. Als zodanig kan het behulpzaam zijn bij het nadenken over de inrichting van de collectieve ziektekostenverzekering.

*Figuur 1 Gezondheidszorg als speelveld.*



*Verdedigende linie: risicomangement*

De specialistische hulp, dat wil zeggen de duurste sector, vormt de laatste instantie: de doelman in de goal. In de verdedigende linie daarvoor bevinden zich voorzieningen die zich bezighouden met medische risico's. De huisarts speelt in de Nederlandse gezondheidszorg daarbij als centrale verdediger een cruciale rol. Andere risico-instanties zijn de GG&GD's, de schoolgezondheidszorg, consultatiebureaus en centra voor bevolkingsonderzoek, screening en check-ups. Bij voorkeur worden risico's eerder gesignaleerd en aangepakt. Vanuit de medische zorg achterin kan het gehele speelveld worden overzien.

*Middenveld: normatieve settings*

In het middenveld bevinden zich maatschappelijke organisaties en instituties die geen primaire doelstelling hebben in de gezondheidszorg, maar daar wel relevant voor zijn: onderwijs, maatschappelijk werk, bedrijfsleven, horeca en dergelijke. Deze organisaties hebben eigen doelstellingen: het onderwijs is er voor diploma's, de horeca voor een gezellige avond. Maar voor een preventieve gezondheidszorg zijn ze buitengewoon belangrijk. In hun secundaire functie hebben zij een normatieve taak op het terrein van gezond leven: onderwijs (gymnastiek, maaltijden), convenanten met horeca, Arbo-beleid van werkgevers, hulpverlening, welzijnswerk, sportverenigingen. Zij vormen de normatieve settings voor preventief beleid.

*Voorhoede*

De voorhoede bestaat uit burgers en de sociale verbanden die burgers met elkaar aangaan. Het is het terrein van de leefwereld, waarop de overheid of welke regulerende instantie dan ook slechts beperkte invloed heeft. Burgers kunnen worden opgeroepen, overgehaald of verleid tot bepaalde handelingen, maar zij kunnen in de sfeer van de gezondheidszorg niet worden gedwongen. Het gaat hier om thema's als de bevordering van een gezonde leefstijl, maar ook over deelname van burgers aan patiëntenverenigingen en consumentenorganisaties, lotgenotencontact en zelfhulpgroepen. In de sociologie wordt aan deze verbanden tussen burgers grote

waarde gehecht; ze vormen het sociale kapitaal van een samenleving. In het verband van de gezondheidszorg gaat het om al die activiteiten die mensen met elkaar zelf ondernemen in het kader van de volksgezondheid.

## Casusbeschrijvingen

Het model is toegepast op drie (van de vier) voorbeelden die zijn beschreven in de brochure *Zorg in beweging* in het kader van het project Preventie en Curatie van de Nederlandse Public Health Federatie (Van Wezel & Boot, 2006). De beschreven praktijken hebben zich ontwikkeld als antwoord op de toenemende behoefte aan een geïntegreerde benadering voor mensen met (vaak) chronische klachten waarbij leefstijlfactoren een rol spelen. Zorg, preventie en gezondheidsbevordering worden met elkaar verbonden. Het gaat om zorg die zich niet beperkt tot curatie, maar die ook gericht is op het gedrag en de leefsituatie en waarvoor taakverdeling en samenwerking met andere disciplines en aanpalende sectoren kenmerkend is. In het essay worden de volgende projecten geanalyseerd.

1. Hartslag 2 (vervolg op Hartslag Limburg) van het Hart- en Vaatcentrum Academisch Ziekenhuis Maastricht. Het gaat hier om koppeling van preventie en curatie door 'health counseling', uitgevoerd door gezondheidsadviseurs in het ziekenhuis.
2. Een integrale aanpak van overgewicht bij kinderen in het Slotervaartziekenhuis door een multidisciplinair team met een extern netwerk dat door de gemeente wordt gecoördineerd.
3. De bewegingsmethode Big!Move voor bewoners van de wijk van Gezondheidscentrum Venserpolder. Het project beoogt een brug te slaan vanuit de gezondheidszorg naar participatie van mensen in wijkactiviteiten.

Per project wordt, voornamelijk op basis van de publicatie van de NPHF, een korte beschrijving gegeven. Vervolgens worden de voor het model relevante resultaten beschreven waarbij we ons met name richten op de procesuitkomsten (nieuwe functies of veranderingen in functies, samenwerking, organisatie, financiering, continuering, inbedding). Aan de hand van het model *Van achteruit naar voren* vindt een analyse plaats van de resultaten. Ten slotte worden de voorbeelden geëvalueerd aan de hand van de hierboven geschetste eisen.

## Preventie van hart- en vaatziekten in academisch ziekenhuis Maastricht

### *Beschrijving*

Project Hartslag 2 van het Hart- en Vaatcentrum van het academisch ziekenhuis Maastricht is gericht op de koppeling van preventie en curatie door 'health counseling', uitgevoerd door gezondheidsadviseurs in het ziekenhuis. Het is gericht op 'premature vasculaire patiënten (< 45 jaar) en cardiale patiënten'. Het project wordt gefinancierd door Fonds OGZ. Aanvankelijk werd het gefinancierd door via de GGD verworven subsidie. Het project is een vervolg op Hartslag Limburg. Hartslag Limburg is in 1998 van start gegaan in de regio Maastricht met als doel om hart- en vaatziekten terug te dringen via het bevorderen van een gezonde leefstijl. Het was gericht op een integrale benadering en bestond uit twee onderdelen: een community-deel in buurten en gemeenten en een hoogrisico-deel bij huisartsen en in het ziekenhuis.

### *Resultaten*

In de publicatie van de NPHF (Van Wezel en Boot, 2006) wordt als resultaat genoemd dat het draagvlak voor preventie in het ziekenhuis sterk is toegenomen. De internist: 'Waar het in essentie om gaat is dat ik adviezen over leefstijlverandering nu anders benader. Ik voel me als arts verantwoordelijk om patiënten goed te informeren, in te spelen op wat mensen aankunnen en ze binnen het ziekenhuis ondersteuning aan te bieden.' (Van Wezel & Boot, 2006). In het kader van het eerste project Hartslag Limburg is een nieuwe functie gecreëerd: de gezondheidsadviseur. De samenwerking tussen arts en gezondheidsadviseur is gedurende het traject veranderd: van een onderlinge

taakverdeling naar 'teamwork', waarbij arts en gezondheidsadviseur beiden een rol in de begeleiding van patiënten en de arts inspeelt op wat de gezondheidsadviseur doet.

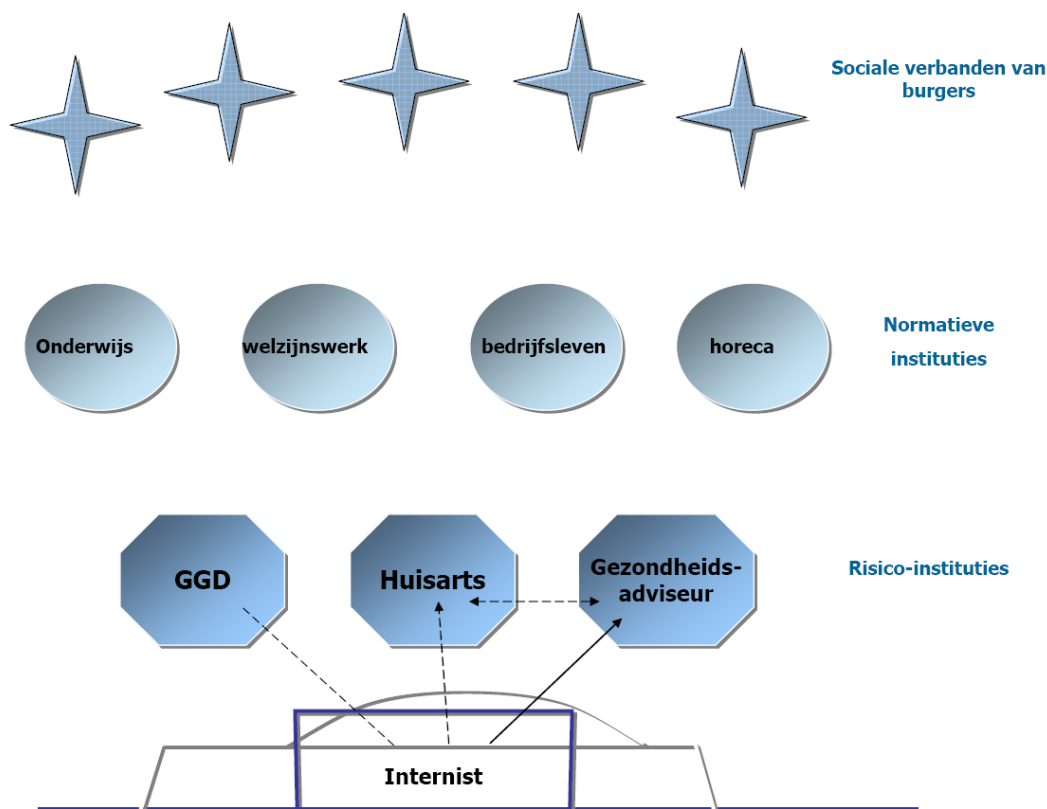
Er is een herstructurering gaande binnen het Hart- en Vaatcentrum waarbij wordt toegewerkt naar een integrale benadering in de diagnosestelling en naar behandeling met verschillende specialismen. Daarnaast wordt nagegaan welke taken door verpleegkundigen kunnen worden uitgevoerd en welke mogelijkheden het ziekenhuis kan bieden op het gebied van primaire preventie. De adjunct-directeur van het Hart- en vaatcentrum geeft aan dat het ziekenhuis zich ook op het gebied van preventie wil ontwikkelen: voorspellende geneeskunde, genetica en medische technologie, en daarnaast leefstijladvisering. De adjunct-directeur heeft geen duidelijk beeld wie de partners van het ziekenhuis kunnen zijn voor de ontwikkeling van methoden en expertise, maar ziet een mogelijke rol voor de GGD. Ze constateert dat de financiering van preventie lastig is, omdat voor preventie vooralsnog geen extra budget beschikbaar is gesteld. De gezondheidsadviseurs zijn tot medio 2006 projectmatig aangesteld en de adjunct-directeur hoopt hen te kunnen behouden als verpleegkundigen binnen het centrum. Het centrum kijkt daarom ook naar mogelijkheden om de expertise op het gebied van preventie commercieel in te zetten, bijvoorbeeld door samenwerkingsverbanden aan te gaan met werkgevers (er is bijvoorbeeld een methode ontwikkeld voor het voorspellen van hartinfarcten).

Een andere recente ontwikkeling is het overleg met huisartsen over de controle en begeleiding van chronische patiënten, zoals leefstijladvisering. Volgens de adjunct-directeur vinden de huisartsen dat het centrum patiënten eerder moet terugverwijzen en krijgen ze hiervoor ook een vergoeding. Aan de andere kant is zij van mening dat de uitgebreide deskundigheid van het ziekenhuis waar nodig beschikbaar moet blijven voor patiënten. De internist ziet een meerwaarde in samenwerking en afstemming binnen de 'driehoek' van specialist, verpleegkundige en huisarts doordat de gezondheidsadvisering door de verpleegkundige kan worden voortgezet nadat de medische begeleiding van de specialist aan de huisarts is overgedragen.

GGD Zuid-Limburg heeft samen met het AZM 'health counseling' ontwikkeld in het kader van Hartslag Limburg. De projectleider bij de GGD denkt dat preventie een goede aanvulling kan zijn op de ziekenhuiszorg waarbij de rol van de GGD initiërend kan zijn zoals bij Hartslag Limburg. Zij ziet voor de GGD in de toekomst twee taken: de GGD kan inhoudelijke expertise bieden als kenniscentrum voor gezondheidsbevordering in de regio en daarnaast de balans en verbinding tussen collectieve, secundaire en tertiaire preventie lokaal en regionaal stimuleren. De projectleider: 'Er moet meer aandacht komen voor het voorkómen van chronische ziekten. Het doel dat we bij aanvang van Hartslag hadden om preventie in te bouwen in 'settings' zoals werk, school, ziekenhuis, buurt, is voor ons nog steeds het uitgangspunt. Juist de arts heeft een belangrijke motiverende en overtuigende rol die nog beter benut zou moeten worden.'

## Positionering

Figuur 2 Preventie van hart- en vaatziekten in academisch ziekenhuis Maastricht



Het project vormt een goed voorbeeld van de wijze waarop zich nieuwe arrangementen ontwikkelen op het veld van de gezondheidszorg. Het project kan beschouwd worden als een poging om de curatieve zorg pro-actief te verbinden met leefstijlaspecten. Daartoe is een intermediërende positie nodig gebleken. Het spel wordt met ander woorden achterin gespeeld door de specialist, de huisarts en de gezondheidsadviseur. Het richt zich op patiënten die al onder behandeling zijn. Dat het ziekenhuis een meer integrale aanpak wil van behandeling en preventie wil ontwikkelen, past binnen een proactieve aanpak.

De concretisering beperkt zich tot een nieuwe functie en een geïntensiverde samenwerking tussen specialist, gezondheidsadviseur en huisarts. Met de leefstijladvisering beweegt het ziekenhuis zich voor in het veld. Het is echter de vraag of het ziekenhuis daarin effectief kan zijn, indien geen aansluitingen worden gerealiseerd met instituties die meer direct te maken hebben met de leefstijl van burgers. Volgens de internist is het voor patiënten die toch al in het ziekenhuis behandeld zijn wel prettig als de gezondheidsadvisering wordt voortgezet door de gezondheidsadviseur in het ziekenhuis (ook al is de medische begeleiding aan de huisarts overgedragen). Wellicht geeft dit mensen een veiliger gevoel.

Toch lijkt het vanuit het hier gevolgde model van belang ook andere voorzieningen te betrekken bij de gezondheidsadvisering. In Harts slag Limburg was sprake van een meer integrale benadering (Ruland e.a., 2006). Daarin werd, zagezegd, een groter deel van het speelveld benut.

## **Integrale aanpak van overgewicht bij kinderen in het Slotervaartziekenhuis**

### *Beschrijving*

Het programma *Integrale aanpak overgewicht bij kinderen* van het Slotervaartziekenhuis is gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde methoden en ontwikkeld vanuit de visie van 'integrative medicine' (wisselwerking lichaam en geest, zelfzorg en zelfmanagement, hulpverlener als coach). Een belangrijke pijler is zelfzorg en zelfmanagement. De nadruk ligt op het verbeteren van het zelfbeeld en het vergroten van probleemoplossend gedrag bij kinderen met overgewicht. Het programma duurt twee jaar en wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team van kinderartsen, klinisch psycholoog, pedagogisch medewerker, diëtiste en bewegingsdeskundige/ fysiotherapeut. De projectfinanciering komt tot stand op basis van de zorgvernieuwingsgelden van de zorgverzekeraar.

### *Resultaten*

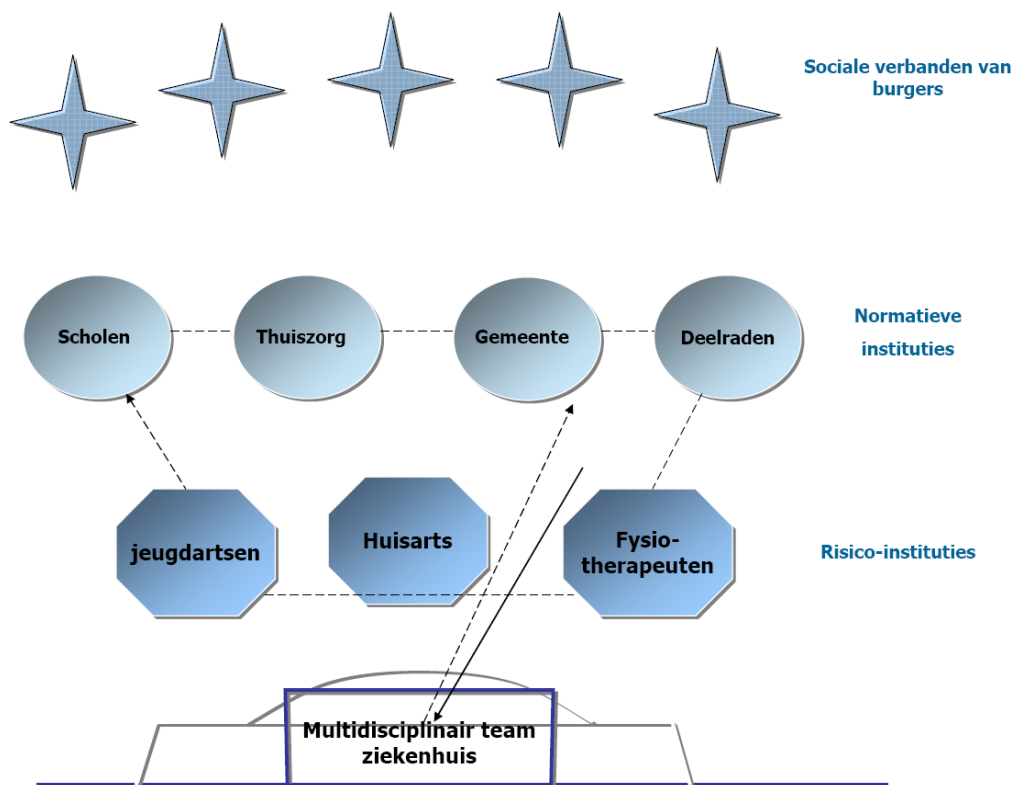
Uit de NPHF-publicatie (Van Wezel en Boot, 2006) komen de volgende resultaten naar voren. Door het programma is de rol van de artsen veranderd. De kinderarts die het programma ontwikkeld heeft, stelt zich nu meer op als coach. 'Ik probeer te achterhalen wat het grootste probleem is en daarmee aan de slag te gaan.' (Van Wezel & Boot, 2006). De kinderarts is van mening dat door patiënten aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheid preventie wordt gestimuleerd. Belangrijk is ook dat het programma zo dicht mogelijk bij de beleving en de mogelijkheden van het kind en de ouders blijft door bijvoorbeeld na te gaan hoe je meer kunt bewegen in wijken als bijvoorbeeld Amsterdam-West waar bewoners zich onveilig voelen en er weinig speelmogelijkheden zijn.

Er is een extern netwerk opgezet voor de aanpak van kinderen met overgewicht waarin jeugdartsen, deelraden, scholen, thuiszorg en fysiotherapeuten participeren. De gemeente coördineert het netwerk. Huisartsen ontbreken, omdat zij het volgens de kinderarts die de externe contacten onderhoudt 'niet als een medisch maar als een maatschappelijk probleem zien' (van Wezel & Boot, 2006). Volgens de kinderarts functioneert het netwerk steeds beter. In eerste instantie was het gericht op het opsporen van kinderen en zijn er afspraken gemaakt over wie wat doet en wanneer doorverwijst. Ook wil men elkaar gaan informeren over programma's. De kinderarts ziet een verbreding van de aandacht voor kinderen met overgewicht, bijvoorbeeld bij de gemeente die sportprogramma's op school mogelijk maakt. 'Maar het is niet zo dat in het netwerk onveiligheid of speelmogelijkheden op de agenda staan.' (Van Wezel & Boot, 2006)

Het programma wordt gefinancierd met zorgvernieuwingsgelden van de zorgverzekeraar. Volgens de clustermanager die het initiatief heeft genomen om het concept 'integrative medicine' breder in het ziekenhuis in te voeren, wordt de financiering een probleem, omdat de huidige financieringsstructuur niet is ingericht op het poliklinisch bieden van groepsprogramma's. Bovendien worden ondersteunende disciplines zoals paramedici vaak als eerste bedreigd bij bezuinigingen. De clustermanager vindt dat de zorgverzekeraars geen goed uitgangspunt voor interdisciplinair werken kennen. Zij gaan er vanuit dat alles wat medisch gezien niet in het ziekenhuis hoeft te worden gedaan, in de eerstelijns thuis hoort. Het Slotervaartziekenhuis profileert zich naar de toekomst toe als 'buurtziekenhuis', gespecialiseerd in eclectische zorg en chronische ziekten. 'De verbreding van de medische invalshoek naar zelfmanagement en preventie past daar goed bij', aldus de clustermanager (Van Wezel & Boot, 2006).

## Positionering

Figuur 3 Integrale aanpak overgewicht bij kinderen in het Slotervaartziekenhuis



Ook in dit project wordt het spel achterin gespeeld. De verdediging is intern goed op orde in de vorm van een multidisciplinair team in het ziekenhuis. De pretentie van het project gaat echter verder. Het betreft in principe alle kinderen met overgewicht in de gehele stad Amsterdam. Om die reden is via een netwerk nadrukkelijk de relatie gelegd met het middenveld van organisaties en instanties. Deze functioneren vooral als signaleerder - de samenwerking is (tot nu toe) dus vooral gericht op het opsporen van kinderen. In principe zou het netwerk ook meer een beweging naar voren kunnen laten zien indien binnen het netwerk ook een adviserende rol zou worden vervuld. Opvallend in dat verband is dat de huisartsen niet in het netwerk zitten. Dat zou overigens ook inhouden dat er ook zaken aan de orde komen als onveiligheid en speelgelegdheden. Uit de casus wordt duidelijk dat het ziekenhuis zelf een centrale rol wil blijven spelen in preventie. Het profileert zich als 'buurtziekenhuis' met functies uit de wijkgezondheidszorg. Dit biedt een mooie uitgangspositie om het gehele veld van de gezondheidszorg te kunnen bestrijken c.q. van achteruit aan te sturen.

## Bewegingsmethode Big!Move van gezondheidscentrum Venserpolder

### Beschrijving

Bewegingsmethode 'Big!Move van gezondheidscentrum Venserpolder voor bewoners van de wijk is gericht op gezond gedrag en de kracht van mensen. De kern is gezondheidspromotie. Deelnemers worden gestimuleerd mee te doen aan activiteiten in de wijk of zelf activiteiten te organiseren. Het duurt een jaar en is opgebouwd uit vier fasen. In het intakegesprek wordt een gezondheidsprofiel opgesteld dat is gebaseerd op het ICF-classificatiesysteem van de WHO. Naast ziekten worden ook de sociale omgeving, externe en persoonlijke factoren in kaart gebracht. Na verwijzing door de huisarts krijgen de deelnemers gedurende twaalf weken een wekelijkse intensieve training. Ze gaan onder professionele begeleiding in groepen wandelen, zwemmen, dansen of ontspannen op muziek.

In de tweede fase is ruimte voor eigen initiatief en in de derde fase organiseren ze zelf een activiteit. De methode is aangepast voor specifieke groepen: kinderen (op school), ouderen (in het verzorgingshuis in de wijk). Voor de ontwikkeling van beweegactiviteiten in de wijk heeft het gezondheidscentrum de Stichting Keep on Moving (KOM) opgericht met andere organisaties in de buurt. Het is de bedoeling dat dit uitmondt in een breed netwerk in de wijk met welzijn, GGD, scholen en gemeente. Projectfinanciering vindt plaats door Fonds OGZ, AOF Fonds, Stichting VELG, stadsdeel Zuid-Oost en IJburg. In de ontwikkelfase verminderden de inkomsten van de fysiotherapeuten vanwege de beperkte vergoeding door de zorgverzekeraar. Er is nu een overeenkomst met zorgverzekeraar Agis voor de vergoeding van de eerste fase in 2006.

### *Resultaten*

Uit de publicatie van de NPHF (Van Wezel & Boot, 2006) en enkele recent verschenen artikelen (de Feijter, 2006; Overgoor, e.a., 2006) komen de volgende resultaten naar voren. Big!Move heeft geleid tot nieuw aanbod, nieuwe functies en grote veranderingen in de organisatie. De huisarts heeft geen rol in de directe uitvoering, maar heeft wel de positie van waaruit de activiteit **het** start. Een van de huisartsen geeft aan dat ze nu iets heeft om mensen aan te bieden. 'In dit centrum hebben we veel patiënten die klachten externaliseren. Je moet patiënten duidelijk maken dat ze zelf iets kunnen doen: meer bewegen, stoppen met roken. Nu heb ik iets om aan te bieden om ze daarbij te helpen.' (Van Wezel & Boot, 2006). Volgens haar is de kracht van Big!Move dat het positief is: het gaat om bewegen, plezier, meedoen. En de tijd was er ook rijp voor. 'In dezelfde tijd startten de praktijkondersteuners waardoor er meer ruimte ontstond. We hebben een vaste groep hulpverleners die voldoende openstonden voor veranderingen. Mijn werk als huisarts is gemakkelijker geworden.' (Van Wezel & Boot, 2006).

In een interview in het tijdschrift *De Huisarts in Nederland* (de Feijter, 2006) noemen de arts en de fysiotherapeut/projectleider Big!Move geen preventieprogramma. Ze spreken liever van gezondheidspromotie. De fysiotherapeut: 'Preventie en gedragsverandering stroken niet met elkaar. Iemand gaat niet afvallen omdat hij anders een hartaanval krijgt. Vanuit angst ongezond gedrag veranderen, werkt niet. Het werkt wel als je mensen verleidt en prikkelt, dat is wat wij proberen. Iedereen denkt nog in termen van preventie en doelgroepen. Wij niet, wij praten over groepen met een doel. We stellen onze Big!Move groepen op die basis samen en niet op basis van hun klacht of aandoening. Dat brengt een bepaalde cohesie tot stand.' (De Feijter, 2006).

Big!Move heeft gezorgd voor een verandering in de organisatie van het gezondheidscentrum. Het aanbod is gescheiden in twee delen met ieder een eigen financieringsstructuur: de wijkgerichte ondersteuning van gezondheid en gedrag (GG) en de individuele hulp bij ziekte en zorg (ZZ). Het hoofd van de afdeling GG constateert dat het niet alleen voor patiënten maar ook voor hulpverleners lastig is om de gerichtheid op ziekte en klachten los te laten. 'De begeleiding van de Big!Move groepen is écht een ander vak, je rol is coach, je bent gericht op het proces en werkt veel minder planmatig.' (van Wezel & Boot, 2006).

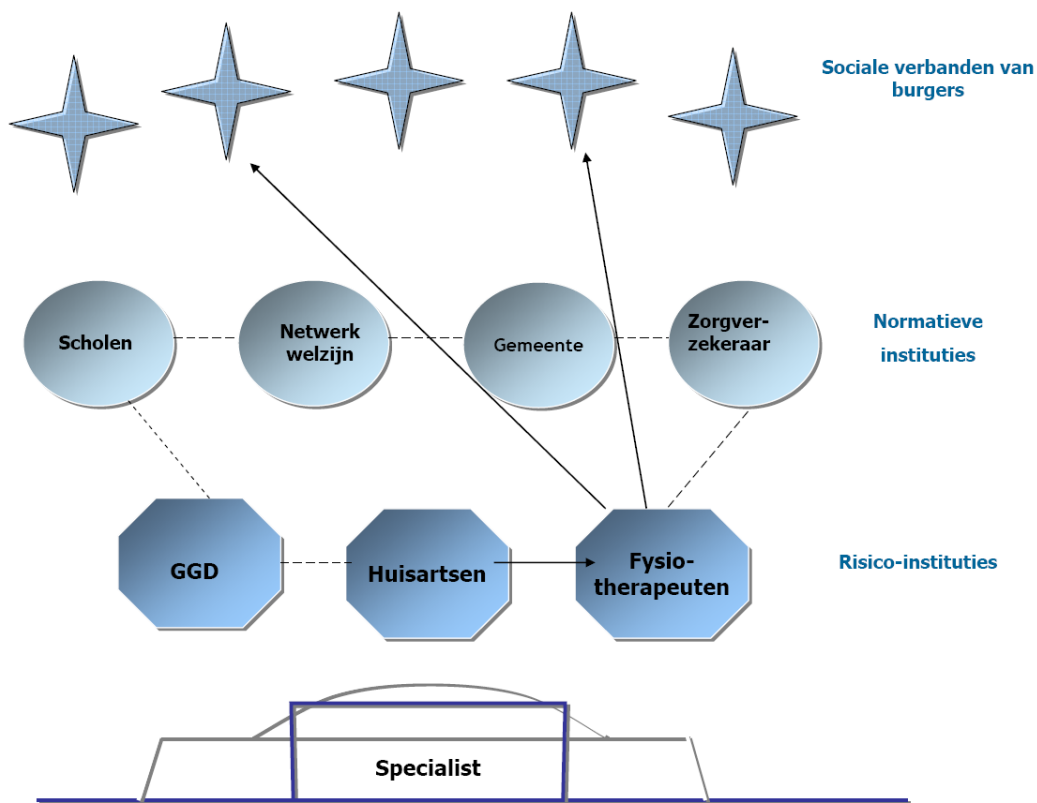
De projectleider GG/ZZ vindt het logisch dat de zorgverzekeraar de financiering van de eerste fase vergoed, omdat de medische klachten van de patiënten de basis zijn voor deelname aan de eerste fase en de groepen in deze fase ook begeleid worden door mensen met medische kennis. De financiering van de tweede fase is naar haar idee een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de overheid, gemeente, welzijnsorganisaties en zorgverzekeraar, omdat de tweede fase de overgang maakt naar groei in de eigen ontwikkeling en participatie in de wijk en het doel is te gaan meedoen aan reguliere sport- en wijkactiviteiten. 'Misschien dat naast de zorgverzekeraar ook de WMO een goed kader kan zijn voor medefinanciering in deze fase', aldus de projectleider (Van Wezel & Boot, 2006). Deelnemers betalen overigens een eigen bijdrage die in opeenvolgende fasen toeneemt. Volgens de projectleider hoort dat ook bij verantwoordelijkheid nemen en werkt het motiverend. Zorgverzekeraar Agis is enthousiast over de aanpak en heeft toegezegd de introductie van de methode in samenwerking met gemeenten op andere plaatsen te gaan stimuleren.



Voor de ontwikkeling van beweegactiviteiten in de wijk heeft het gezondheidscentrum de Stichting Keep on Moving (KOM) opgericht met andere organisaties in de buurt. Het is de bedoeling dat dit uitmondt in een breed netwerk in de wijk met welzijn, GGD, scholen en gemeente. In een artikel in *Huisarts en Wetenschap* concluderen Overgoor en collega's (2006) dat het begin van de gedragsverandering goed door de huisarts kan worden ingezet, maar dat de uitvoering van programma's samenwerking in de eerste lijn vergt. 'Voor de bestendinging hebben we een continu systeem van gezondheidsbevordering in de wijk nodig. Daarom zoeken we samenwerking met andere organisaties zoals het welzijnswerk, de lokale overheid, GGD en de verzekeraar, voor een gezamenlijke aanpak. De huidige financiering in de eerste lijn, gebaseerd op ziekten en klachten, is niet ingericht voor gezondheidsondersteuning. De geldstroom voor preventie biedt wellicht meer mogelijkheden. Ook de deelnemers kunnen gaandeweg meer betalen zoals bij reguliere programma's. Gezondheid is wat waard.' (Overgoor, e.a., 2006).

### Positionering

*Figuur 4 Bewegingsmethode Big!Move van gezondheidscentrum Venserpolder*



De opvallende doelstelling van het project is participatiebevordering (letterlijk en figuurlijk in beweging komen). Dit gaat verder dan gezondheidsbevordering, en overstijgt daarmee ook het preventieve denken. In dat verband spreekt het project van gezondheidspromotie. Het programma is zo opgebouwd dat deelnemers zelf verantwoordelijk worden voor de organisatie van en deelname aan bewegingsactiviteiten. Het programma heeft alle kenmerken van een beweging naar voren. Door de oprichting van het netwerk en de activerende aanpak worden burgers geruggensteund in hun eigen ontwikkeling

## Verzekerde zorg als strategie

Uitgangspunt van het basispakket is dat het alle zorg omvat waarvan de overheid vindt dat burgers er in beginsel voor in aanmerking moeten komen. Daarbij wordt het bij voorkeur zo ingericht dat het een bijdrage levert aan de individuele gezondheidszorg en de volksgezondheid. Daarbij doet zich behalve de inhoudelijke bepaling de vraag voor waar, wanneer en voor wie de zorg beschikbaar moet zijn. Deze vraag kan naar twee kanten uitvallen, namelijk de mogelijkheid van overgebruik en het probleem van ondergebruik van voorzieningen. Tegen die achtergrond doet de behoefte aan een richtinggevende visie op volksgezondheidszorg zich nadrukkelijk gevoelen.

De bottomline van het hier voorgestelde model is in het gezondheidsveld het spel zoveel mogelijk voorin te spelen. Dat wil zeggen dat het problemen zo veel mogelijk voorin moet worden opgelost of daar zo snel mogelijk dient te worden teruggebracht. Concreet betekent dit dat gezondheid in principe een zorg van burgers zelf is, waarbij zij ondersteund worden vanuit de tweede (normatieve settings) of de derde linie (risicomanagement). Het stelsel dient erop gericht te zijn curatie te voorkomen, dat wil zeggen eerder erbij zijn en zo snel mogelijk naar voren. Dit stelt hoge eisen aan de organisatie van het veld. In dat verband kan worden gesproken van *nodal governance*, dat wil zeggen het sturen via knooppunten van een netwerk van organisaties en instituties. Daarbij zijn enkele principes van belang.

1. Er moet sprake zijn *proactieve ('warme') overdracht* van medische zorg naar partijen in het voorveld (bijvoorbeeld psychologische zorg). Omgekeerd dienen deze partijen zich geruggensteund te voelen door de instanties achter hen. Dit betekent dat de overdracht expliciet 'geregeld' moet worden. De gezondheidszorg is van oudsher een sterk verkokerde sector. Dit betekent dat een nieuwe vorm van 'kijken' dient te worden ontwikkeld. Tegen deze achtergrond kan worden gesteld dat op elk punt van het speelveld arrangementen van actoren en programma's dienen te worden ontwikkeld.

2. Het veld dient zich te richten op *effectieve preventie* – uitgangspunt van het model is dat van achteruit naar voren wordt geredeneerd. Hoe problemen voorin worden gehouden of daar weer zijn terug te krijgen kan het best worden gezien vanuit de backing gevende instantie. Dat biedt de mogelijkheid om doelgericht aangrijpingspunten te benoemen of te creëren voor effectieve preventie. Enerzijds gaat het hierbij om de vroegtijdige signalering van risico's. Anderzijds kan men denken aan de ontwikkeling van een systematisch programma van onderzoek en het direct aanpakken van bekende risicofactoren. Systematische bewaking, evaluatie en bijstelling van programma's is wenselijk.

3. *Diversificatie van preventieprogramma's* naar verschillende groepen en settings is een noodzakelijke voorwaarde voor een doelgerichte en doeltreffende preventie. Het gaat hier om goed begrip van de (sociale) verbanden tussen burgers in doelgroepen, subculturen en gemeenschappen. Meer in het bijzonder gaat het hierbij om de diverse etnische groepen, waarvan de gezondheidsbeleving sterk kan verschillen van de dominante westerse zienswijze. Vanuit een preventief oogpunt gaat het daarbij ook om ondersteuning van productieve elementen daarbinnen.

Deze strategische principes moeten tot uiting komen in en gestimuleerd worden door de systematiek van de zorgverzekering. Dit brengt ons weer bij de vraagstelling: *Hoe kan de zorgverzekering zo worden ingericht dat preventieve inzichten en voorzieningen maximaal kunnen worden gebruikt in de bevordering van de volksgezondheid om het gebruik van care- en curevoorzieningen terug te dringen of beheersbaar te houden?*

In principe zijn in de zorgverzekering drie soorten verzekeringen in het geding:

- collectieve ziektekostenverzekering (basispakket);
- aanvullende ziektekostenverzekering;
- andere collectieve zorgverzekeringen (AWBZ, WMO).

Daarnaast worden op individuele basis kosten verzekerd (WA) of uitgaven (sport) gedaan die verband houden met preventie. Als vertrekpunt voor een solide redenering hieromtrent kan worden geconstateerd dat *naarmate men meer voorin het veld zit, de zorgverzekering een afnemende rol speelt*. Omgekeerd zal naarmate de interventie zwaarder is, opname in de basisverzekering meer zijn aangewezen.<sup>2</sup> Deze redenering leidt tot de vier volgende conclusies ten aanzien van de inrichting van de zorgverzekering.

I Opname van preventieve interventies binnen het pakket dient te kunnen worden beargumenteerd op grond van eenduidige verbanden in diagnose-behandelcombinaties. Het gaat hierbij om directe relaties in de preventie-curatieketen, die vooral bestaan bij secundaire en tertiaire preventie.

II *Proactieve overdracht*: ten behoeve van de beweging naar voren ter voorkoming van 'vertweedelijnsing' dient te worden bevorderd door het inbouwen van prikkels ten behoeve van 'warme overdracht'. Hierbij kan worden gedacht aan *voorwaarden* in de afspraken met zorgleveranciers. Leveranciers dienen de overdracht zichtbaar te hebben geregeld. Daarbij kan worden gedacht in termen van formele en kwantificeerbare *transacties*. Daarvoor zijn verschillende instrumenten beschikbaar: informele afspraken, convenanten of contracten, protocollen en informatieproducten.

III Effectieve preventie kan worden gestimuleerd door in navolging van de DBC's te komen tot de ontwikkeling van 'risico-interventiecombinaties' (RIB). Afhankelijk van de aard van de RIB kan worden besloten tot enigerlei vorm van verzekering over te gaan (collectief pakket of aanvullend). Van beslissend belang is hier vanzelfsprekend de mate waarin deze combinaties *evidence based* zijn.

IV *Stimuleren van diversificatie*: het is van het grootste belang dat werk wordt gemaakt van doelgroepenbeleid. Dit geldt in principe voor alle linies. Extra aandacht verdienen echter de kwetsbare groepen die via een sluitende aanpak bereikt moeten worden via toegankelijke (nuldelijns)voorzieningen (consultatiebureaus, samenwerking met organisaties in het middenveld en dergelijke). Het ligt voor de hand om hierbij in de eerste plaats te kijken naar andere vormen van regulering en financiering, zoals de WMO, de AWBZ, de preventiewet en dergelijke.

## Tot slot

Met dit essay hebben we willen bijdragen aan 'plausibele redeneringen' rond de inrichting van de ziektekostenverzekeringen in relatie tot preventieve interventies. Daarbij hebben we gebruik gemaakt van (bestuurskundige) inzichten die we ook op andere domeinen hebben opgedaan. Voorbeelden zijn gezocht op het terrein van de gezondheidszorg. Een verdere uitwerking is alleen mogelijk in relatie tot medische en gezondheidswetenschappelijke expertise.

---

<sup>2</sup> We zien hier af van de overweging dat curatieve interventies té duur kunnen zijn voor opname in het collectieve pakket.

## Literatuur

Boutellier, H. (2005). *Meer dan veilig; over bestuur, bescherming en burgerschap*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers

Feijter, C. de (2006). Van preventie naar promotie van gezond gedrag. *De Huisarts in Nederland*, 4, 35-37

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep

Overgoor, L., Aalders, M., & Stadius Muller, I. (2006). Big!Move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts. *Huisarts & Wetenschap*, 49, 1, 42-45.

Ruland, E., Assema, P. van, Ament, A., Gorgels, T., & Ree, J. van (2006). *Hartslag Limburg: integrale gezondheidsbevordering in buurten, gemeenten, bij huisartsen en in het ziekenhuis*. De opbouw: bundeling van praktijk, onderzoek en beleid.

Wezel, P. van, & Boot, J.M. (2006). *Zorg in beweging*. Utrecht: NPHF



*prof. dr. Margo Trappenburg*



# De wonderse wereld van de zelftests

Door: Margo Trappenburg, *hoogleraar patiëntenperspectief*

In 1999 hield TNS NIPO een enquête onder huisartsen en hun patiënten. De uitkomsten daarvan waren bemoedigend voor beide partijen. Patiënten bleken in grote lijnen te spreken over het handelen van hun huisarts. Zij waardeerden zijn of haar zuinige voorschrijfgedrag, zij hadden er geen problemen mee als huisartsen hun vraag om een slaapmiddel of antibiotica niet honoreerden en hen in plaats daarvan uitleg en voorlichting gaven. Onlangs werd de NIPO enquête op verzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap herhaald en de uitkomsten van deze recente enquête gaven eenzelfde beeld.<sup>3</sup>

Er is echter één ding waarover huisartsen en patiënten blijvend van mening lijken te verschillen en dat betreft de waarde van preventief onderzoek. Een ruime meerderheid van de patiënten verwacht veel heil van een jaarlijks medisch onderzoek, terwijl de overgrote meerderheid van de huisartsen daar helemaal niets in ziet. Zorgverzekeraars bieden hier weinig soelaas: men kan zijn basispakket laten aanvullen met alternatieve geneeswijzen, extra fysiotherapie, hulp in het buitenland, klasse verpleging in het ziekenhuis en nog een x aantal andere aardige extra's, maar niet met een preventief onderzoek zonder speciale aanleiding ([www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)). Tegen die achtergrond is het begrijpelijk dat er, vrijwel los van het reguliere zorgsysteem in Nederland, een vrije markt lijkt te ontstaan van allerlei diagnostische zelftests. Wie surft naar [www.gezondheidstest.startpagina.nl](http://www.gezondheidstest.startpagina.nl) ziet een wonderse nieuwe wereld van vragenlijstjes, tests die je op aanvraag kunnen worden toegestuurd en check up winkels met een vage status.

In dit essay wil ik schetsen wat er zou kunnen gebeuren als het huidige verschil van opvatting tussen medische professionals enerzijds en gewone burgers-patiënten anderzijds blijft voortbestaan. Ik wil daarnaast ook proberen aan te geven hoe dat verschil van opvatting zou kunnen veranderen en wat dat zou kunnen betekenen.

Ik wil dat doen door een viertal scenario's te schetsen,<sup>4</sup> gebaseerd op het volgende kwadrant:

Houding ten aanzien van preventieve check ups medici → burgers ↓	Negatief	Positief
Positief	Scenario I: Groeiend onbegrip	Scenario III: Capitulatie
Negatief	Scenario II: Een geslaagd geval van volksopvoeding	Scenario IV: De omgekeerde wereld

<sup>3</sup> <http://www.nieuwsbank.nl/inp/1999/12/1210E035.htm> en Sietske Lems, *De huisarts-patiënt relatie anno 2006*, rapport van TNS-NIPO, NHG, 2006, p. 32.

<sup>4</sup> De scenariomethode is een manier van nadenken over de ontwikkeling van morele houdingen en opvattingen is ontwikkeld door o.a. Tsjalling Swierstra van de Universiteit Twente. Zie <http://www.nwo.nl/projecten.nsf/pages/2200127101>.

## Scenario I. Groeiend onbegrip

In scenario I blijft de huidige discrepantie tussen de opvattingen van medici over preventieve check ups en het oordeel van gewone burgers daarover intact. Medici (huisartsen vooral) zijn van mening dat een gezondheidstest moet worden aangeboden als bevolkingsonderzoek wanneer wordt voldaan aan een aantal criteria:

- Het moet gaan om een (tamelijk) belangrijk volksgezondheidsprobleem,
- Er moet iets aan te doen zijn. Als blijkt dat de gescreende patiënt de ziekte of aandoening in kwestie heeft moet er een behandeling zijn waar die patiënt iets mee opschiet: een operatie waarmee het euvel kan worden verwijderd of verholpen, een geneesmiddel dat de aandoening aanpakt of verergering van de kwaal voorkomt, een aangepast dieet of een verandering van leefstijl waarmee de patiënt de ziekte zelf onder controle kan krijgen.
- Er moet een betrouwbare test zijn, die niet te veel foutpositieve of foutnegatieve uitslagen genereert; de test mag niet leiden tot excessieve inzet van medisch personeel voor aanvullende diagnostiek.

De gemiddelde burger-patiënt kan deze redenering redelijk volgen, maar wordt aan de andere kant geconfronteerd met een steeds verder voorschrijdende preventiepropaganda. De burger heeft geleerd dat hij niet mag roken, hij moet proberen matig alcohol te drinken en gezond te eten volgens de inzichten van de nieuwe schijf van vijf. Hij moet zijn Quetelet index berekenen om te bepalen of hij te zwaar is. Hij moet meer gaan bewegen als dit het geval is, en blijven bewegen als dit niet het geval is.

De vrouwelijke burger moet maandelijks haar borsten onderzoeken op verdachte knobbeltjes (ofschoon het nut daarvan nu weer door wetenschappers in twijfel wordt getrokken). De ouder wordende burger moet zijn hersenen blijven trainen met kruiswoordraadsels en cryptogrammen om zijn geest lenig te houden en de ziekte van Alzheimer voor te zijn.

In de media bestaat vanouds al veel aandacht voor fouten, schandalen en mislukkingen. Deze trend zet zich met onverminderde hevigheid voort. Tal van patiënten komen op SBS6 en bij *Rondom tien* vertellen dat er aan hun ziekte mogelijk wel iets te doen was geweest, als deze maar eerder was ontdekt. Huisartsen hebben signalen over het hoofd gezien en ook in het ziekenhuis heeft men steekjes laten vallen. Maar bovenal, zo menen de patiënten, hadden zijzelf alerter moeten zijn. Achteraf gezien hadden ze al langer last gehad van tintelingen in hun ledematen, suizingen in hun hoofd of onheilspellende steken in de borst. Een beetje moderne patiënt, zo menen de zieken in de praatprogramma's, moet niet vertrouwen op zijn artsen, maar zelf de regie voeren over zijn eigen gezondheid. 'Preventie is niet alleen gezond eten, stoppen met roken en voldoende bewegen, preventie is ook een kwestie van goed en tijdig internetten', zo vat een presentatrice van een van de praatprogramma's het samen. Zij krijgt veel bijval.

Allengs ontwikkelt zich, buiten de reguliere gezondheidszorg, een markt voor zelftests, zelfonderzoek, en screening. Via internet kan men allerlei zelftests bestellen (tests op beginnende nierziekten, chlamydia tests, cholesteroltests, HIV tests). Op internet bestaat ook een wirwar van zelftests die werken met een in te vullen vragenlijst, op basis waarvan de respondent zijn eigen risicoprofiel kan bepalen. Voor die vragenlijsten moet soms worden betaald (creditcard betaling via internet), maar vaker lijkt de organisatie achter de vragenlijst geïnteresseerd in de naam, het email adres en de gegevens van de respondent, zodat deze kan worden bestookt met direct email.

Daarnaast worden er in supermarkten en op stations testjes aangeboden die klanten en reizigers tussen de bedrijven door kunnen ondergaan. Hier en daar in het land ontstaan gespecialiseerde screeningsklinieken, waar men zich meer of minder uitgebreid kan laten testen op allerlei verdachte symptomen.

Achter deze initiatieven gaan commerciële organisaties schuil, die total body scans aanbieden tegen exorbitante tarieven, maar ook patiëntenorganisaties en collectebusfondsen als de Nierstichting en het Reumafonds, waarvan de testjes gratis zijn of bijna gratis.

Een aantal ziektekostenverzekeraars biedt zelftests en screening op verzoek aan in het aanvullende verzekeringspakket. Hetzij kiest men daarbij voor een bepaald bedrag dat de verzekerde per jaar mag besteden aan een zelf te kiezen aanbod van check ups en zelftests, hetzij wordt er een aantal met name genoemde en door de verzekeraar aanbevolen tests geselecteerd voor de verzekerden waar deze desgewenst gebruik van kunnen maken.

Al deze initiatieven worden ontraden, ontmoedigd en soms ook actief verboden door de overheid (door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, door de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek) en de medische professie. Zowel de overheid als de medische beroepsgroep blijft benadrukken dat medische check ups niet goed zijn voor de patiënt. Sommige check ups zorgen voor een onterecht gevoel van veiligheid, andere leiden tot onnodige, of voortijdige ongerustheid.

Aangezien de overheid overigens veel nadruk legt op 'vraagsturing' en op de individuele verantwoordelijkheid en de eigen keuzevrijheid van de patiënt en niet veel op heeft met paternalisme, stuit het terughoudende beleid ten aanzien van preventieve check ups velen tegen de borst. Ook het argument dat de check ups, of liever de onduidelijke uitslagen daarvan, de reguliere gezondheidszorg veel tijd en energie kosten (artsen moeten veelvuldig patiënten onderzoeken die na een scan, zelftest of check up een nadere diagnose nodig hebben, om te zien of zij echt ziek zijn en zo ja, of en hoe zij behandeld moeten worden) maakt weinig indruk. Diverse columnisten en opinieleiders wijzen erop dat gezond levende, verantwoordelijke burgers jarenlang solidair zijn geweest met hun veel te dikke, rokende en teveel alcohol drinkende medeburgers, die door hun eigen levensstijl een zware druk legden op het zorgbudget. Mag het dan nu een keer zo zijn dat de verantwoordelijke burger, die beducht is voor zijn gezondheid en zich geregeld laat doorlichten, ook eens iets kost?

De zorg is er niet alleen voor de zieken, aldus een nieuw gelanceerde slagzin die door velen wordt onderschreven. Regelmatig wordt de uitspraak van oud-minister Hoogervorst van stal gehaald, die enkele jaren geleden, bij de introductie van een no claim korting in de zorg, betoogde dat het na een lange periode waarin gezonden betaalden voor zieke medeburgers, nu eens tijd was voor omgekeerde solidariteit: van ziek naar gezond. De overheid vraagt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg om een nieuwe visie op preventie en solidariteit. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid krijgt de opdracht een advies voor te bereiden over de voor- en nadelen en de houdbaarheid van inconsistent beleid.

## **Scenario II. Een geslaagd geval van volksopvoeding**

In scenario II slagen de overheid en de medische elite erin burgers te overtuigen van de zinloosheid van medische check ups. Hoe zou het kunnen gaan?

In 2007 treedt een nieuwe centrumlinkse coalitie aan in Nederland. Een van de speerpunten van het nieuwe kabinet, dat zich duidelijk heeft laten inspireren door clubs als de Stichting Beroepszeer en Beter Onderwijs Nederland, is eerherstel voor professionals. Studenten zijn geen klanten en patiënten zijn geen consumenten, luidt een van de meest geciteerde passages in het nieuwe regeerakkoord. Patiënten zijn geen consumenten die door het land van de zorg lopen, als was het een winkelboulevard. Klanten op een winkelboulevard kunnen rustig een nieuw bankstel aanschaffen hoewel hun oude nog jarenlang mee had gekund en als zij daar een lamp bij willen die naar het oordeel van de verkoper helemaal niet bij dat bankstel past, dan is dat hun eigen keuze en hun eigen zaak, zolang ze het bankstel en de lamp maar netjes betalen. Patiënten daarentegen moeten zorg krijgen die *goed voor hen* is en dat betekent dat professionals



in de zorg zich veel intensiever met hen bemoeien dan de verkoper op de meubelboulevard.

Als een patiënt een operatie wenst, die naar het oordeel van de arts riskant en onnodig is, dan behoort die patiënt die operatie niet te krijgen. Niets vraagsturing en keuzevrijheid. Dat hangt gedeeltelijk samen met het idee dat er in de zorg moet worden verdeeld en behandeld naar medische behoefte en niet naar individuele vraag. Voor een ander deel heeft het te maken met het feit dat de zorg een collectief goed is. Bij dergelijke goederen geldt dat er zuinig en effectief moet worden gewerkt.

*You can't always get what you want*, is de tune die de overheid inzet in een nieuwe postbus 51 campagne. Burgers moeten solidair zijn met elkaar in de zorg, maar zij kunnen dat alleen zijn als er geen overbodige zorg wordt geleverd. Van professionals en instellingen in de zorg wordt niet langer verwacht dat zij nieuwe markten aanboren, hun eigen instelling 'op de kaart zetten' en kekke websites ontwerpen voor kiezende consumenten. Zij worden geacht goede zorg te leveren en waar zij die niet kunnen bieden behoren zij de patiënt te verwijzen naar collega's in andere instellingen. 'Dat zijn namelijk', zo benadrukt de nieuwe minister van VWS, 'collega-instellingen die niet langer als concurrenten mogen worden beschouwd.'

Het lijkt een hele cultuuromslag, maar, zoals de woordvoester van de Socialistische Partij regelmatig opmerkt in parlementaire debatten over de zorg, dat is het niet. Veel mensen hebben de zorg nooit als markt beschouwd. Zij hebben zichzelf daar nooit consument gevoeld en hebben zorgprofessionals ook nooit op een lijn gesteld met autoverkopers of ijscomannen. Voor hen voelt deze omslag alsof zij wakker worden na een bizarre droom en zich dan langzaam aan realiseren dat de wereld nu weer normaal wordt. Veel professionals en andere medewerkers in de zorg delen dit gevoel.

Tegen de achtergrond van deze algemene verandering van retoriek in de zorg wordt het veel makkelijker om uit te leggen dat individuele preferenties ook niet doorslaggevend kunnen zijn waar het gaat om preventie en screening. Deze tests worden immers betaald uit collectief opgebrachte ziektekostenpremies, zij worden uitgevoerd door medewerkers in dienst van publieke instellingen en dat betekent dat er spaarzaam en verstandig mee om moet worden gegaan. Tests worden pas aangeboden aan burgers (of aan bepaalde groepen burgers) als vaststaat, op basis van degelijk wetenschappelijk onderzoek, dat ze werken. Dat wil zeggen: als ze iets opleveren voor de individuele burger die met een positieve uitslag wordt geconfronteerd en als ze op macroniveau kosteneffectief zijn, als de te behalen gezondheidswinst opweegt tegen de kosten van de test en de nasleep daarvan.

In de marge van de gezondheidszorg blijft een beperkt aanbod van testjes voor de liefhebber bestaan, maar de gemiddelde burger heeft begrip voor het feit dat de overheid daar streng het oog op houdt en regelmatig benadrukt dat deze tests vooral leiden tot nodeloze belasting van druk bezette professionals in de zorg.

### **Scenario III. Capitulatie**

In scenario III gaan de overheid en de medische elite uiteindelijk overstag. Na een zeer doordachte campagne en een goed uitgevoerde lobby gaat een door veel burgers gekoesterde wens in vervulling: de tweejarige medische check up voor volwassenen wordt opgenomen in het basisverzekeringspakket. Hoe zou het kunnen gaan?

Begin 2008 houden een medewerkster van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen en een medewerkster van de Stichting Hoofd Hart en Vaten (een koepelorganisatie van hartpatiëntenverenigingen) een gloedvol verhaal voor een congres van patiëntenverenigingen. 'Zowel kanker als hart- en vaatziekten wordt vaak te laat ontdekt', aldus beide dames. 'Helaas wordt er maar weinig gedaan aan systematische vroegopsporing via screeningsprogramma's. Er is borstkankerscreening voor vrouwen boven de 50, baarmoederhalskankerscreening voor alle volwassen vrouwen, er is prenataal onderzoek (maar niet veel en sinds de Christen Unie deel

uitmaakt van de coalitie zit uitbreiding er niet in) en er wordt hier en daar wat geëxperimenteerd met darmkanker screening. Dat is het zo ongeveer en het is treurig weinig als je het vergelijkt met wat er allemaal mogelijk zou zijn,’ menen de sprekers. ‘Het is ook treurig weinig als je bedenkt hoe groot de belangstelling was voor de niertest en de reumatest die enkele jaren geleden vanuit collectebusfondsen ter beschikking werden gesteld.’

‘Mensen willen er heel graag tijdig bij zijn,’ aldus de sprekers, die aankondigen dat zij voor deze discrepantie tussen de vraag en het medische aanbod een oplossing hebben gevonden. ‘Vanuit onze achterban weten wij dat mensen wel kunnen worden doorgestuurd naar het ziekenhuis voor een scan of naar het laboratorium voor een bloedtest als zij aangeven *dat zij zich zorgen maken*,’ aldus de medewerkster van de Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen. “Kan ik een medische check up krijgen?” stuit bij de huisarts direct op een nee. De huisarts beschouwt zich nog steeds als een poortwachter die de toegang tot de tweede lijn bewaakt en dit type vragen hoort door de poortwachter te worden afgehamerd. Het ligt heel anders als je bij de huisarts komt en aangeeft dat je je zorgen maakt, legt de spreker uit. “Bang” is bij de huisarts een soort toverwoord. “Ik ben heel bang dat het kanker is” leidt tot een vrij makkelijke doorverwijzing naar het ziekenhuis voor verdere diagnostiek, die in feite fungeert als een check up.’

‘Er zijn veel mensen die niet weten dat het zo werkt’, vult haar collega van de Stichting Hoofd Hart en Vaten aan. ‘Die laten zich gewoon wegsturen door de huisarts en die krijgen dus nooit een test.’

‘Wij vinden dit niet eerlijk’ zegt de mevrouw van de kankerfederatie. ‘Wij vinden dat je dan een premie zet op aanstellerij. Als iemand gewoon beleefd vraagt om een test, omdat hij, net als iedereen, wel eens wil weten of er geen eng gezwel in hem woekert, dan krijgt hij nul op het rekest. Hetzelfde geldt voor iemand die wel eens zou willen weten of haar aderen dichtslibben of juist dreigen te scheuren zoals bij een aneurysma. Gewoon eens informeren naar een controle op hart en vaten, levert niets op.’

‘Inderdaad’, zegt haar collega. ‘Maar als iemand dramatisch doet in de spreekkamer en zegt dat hij vreselijk bang is voor kanker omdat hij af en toe een steek in zijn zij heeft of een enge kriebel in zijn teen, dan wordt hij wel doorverwezen. Als iemand zich zorgen maakt om zijn bloedvaten omdat zijn moeder aan een aneurysma is overleden, dan is dat een grond voor doorverwijzing.’

‘Kun je daar nog inkomen’ meent de mevrouw van de hartpatiëntenkoepel. ‘Dan heeft zo iemand een belaste familiegeschiedenis.’

‘Ja’, zegt de spreker van de kankerfederatie. ‘Maar als iemand bang is omdat zijn buurman of zijn collega een bepaald type kanker heeft, of is overleden aan een hartaanval, dan wordt dat ook geslikt. Wij hebben het laten uitzoeken door een onderzoeker. Angst of voorgewende angst (daar kom ik later nog op terug) is een reden voor doorverwijzing. In deze tijd zijn artsen als de dood dat zij ergens in een beoordeling of op een website van een patiëntenconsumentenorganisatie terecht zullen komen als niet empathische dokter. Dat is ongeveer wel de ergste reputatie die je kunt hebben.’

‘De gemiddelde arts moet meelevend zijn en dat betekent dat hij angsten en zorgen van patiënten serieus moet nemen,’ vervolgt de mevrouw van de kankerfederatie. ‘En toen dachten wij: we starten een campagne. We gaan ons hele netwerk, onze eigen achterban en de achterban van al onze collega patiëntenorganisaties deze bevindingen voorleggen en we stellen voor dat alle patiënten- en consumentenorganisaties patiënten, maar ook gezonde burgers gaan oproepen om zich bij de huisarts te melden met een angst.’

‘De huisartsen zullen niet weten wat hen overkomt’ voorspelt haar collega. ‘Maar ons lijkt het waarschijnlijk dat iedereen wordt doorgestuurd voor een scan of een bloedtest, afhankelijk van het soort angst. Het zal storm gaan lopen in de ziekenhuizen en laboratoria.’

‘Vervolgens zal iemand ergens gaan wijzen op de analogie met prenatale diagnostiek,’ zegt de eerste spreker. ‘Daar gold ook een afhoudend beleid ten aanzien van echografie. Totdat duidelijk werd dat vrijwel iedere zwangere vrouw ergens in de zwangerschap een echo onderging, en toen dat duidelijk was leek het verstandig om dan toch maar een standaardecho aan te bieden aan alle zwangeren op een goed gekozen moment in de zwangerschap.’

‘Dat kan bij onze campagne ook gebeuren,’ denkt de tweede spreker. ‘Op zeker moment wordt duidelijk dat vrijwel iedereen een keer of wat naar het ziekenhuis wordt verwezen voor een angstscan en dan valt ooit wel ergens het kwartje. Dan breekt het inzicht door dat je de screening dan toch maar beter kunt systematiseren, dan kun je tenminste plannen hoeveel patiënten je wilt verwerken en waar en door wie.’

‘Wij stellen voor dat we dit met de hele patiëntenbeweging gaan realiseren,’ aldus de twee sprekers. ‘Ten eerste en vooral omdat we echt zo’n medische check up willen, zodat mensen eerder weten dat zij lijden aan kanker of hart- en vaatziekten. Maar niet alleen daarom. We willen dit ook, omdat het volgens ons heel goed is voor het imago van de patiëntenbeweging. Gaat u maar na’, zegt de mevrouw van de kankerpatiëntenfederatie, die haar verhaal op dit punt illustreert met een treffende powerpointsheet.

‘Als er kritiek is op de patiëntenbeweging gaat het altijd om drie dingen. Men zegt dat wij ons eenzijdig richten op de belangen van chronische zieken. Men zegt dat wij te braaf zijn en teveel aan de leiband lopen van hetzij de artsen, hetzij de overheid. En men zegt dat we teveel overleggen en vergaderen en te weinig actie voeren. Deze campagne slaat drie vliegen in een klap. We zetten ons in voor preventie en voor de belangen van de gezonde burger. We keren ons tegen de overheid en tegen het medische establishment. En we doen dat met een echte campagne.’

Een daverend applaus valt beide dames ten deel. Twee maanden later gaat de campagne van start en drie jaar later wordt de periodieke medische check up opgenomen in het basisverzekeringspakket.

## **Scenario IV. De omgekeerde wereld**

In scenario IV – het minst waarschijnlijke scenario – wisselen de burgers en de overheid/medische elite van standpunt. Hoe zou het kunnen gaan?

Halverwege 2008 komt een gezelschap van GGD directeuren en preventie deskundigen bijeen in een conferentieoord ergens in het midden des lands. Een van hun houdt een sombere inleiding over de stand van de gezondheid in het land. Er wordt te weinig gesport, te weinig gefietst, men drinkt te veel, men eet te veel en men is te dik, aldus luidt kort samengevat, het oordeel over de Nederlandse bevolking. De aanwezigen zijn niet erg enthousiast over het effect van bestaande preventieprogramma’s, gericht op het grote publiek: postbus 51 spotjes worden weggezapt, foldertjes bij de supermarkt of op het station verdwijnen ongelezen in de vuilnisbak. Wat te doen?

Een der aanwezigen bekent gisteren te hebben gekeken naar een tamelijk triviaal gezondheidsprogramma op een van de commerciële zenders. Daar was een – niet eens zo heel dikke – man geweest die graag een biertje dronk en regelmatig hamburgers wegwerkte, gezeten in de auto. Hij en zijn vrouw wilden graag een tweede kind, maar waren er tot nu toe niet in geslaagd een zwangerschap tot stand te brengen. De man was door de televisie presentator meegevoerd naar een strenge Amerikaanse dokter die hem van top tot teen had doorgelicht en vervolgens had geschetst hoe de rest van zijn – te korte! – leven eruit zou zien als hij doorging op deze voet. Zijn spermacellen waren nu

niet actief genoeg om een bevruchting te kunnen realiseren. Zijn alcoholgebruik had nu reeds geleid tot een enge verdikking van de lever en ook met zijn bloedvaten zat het niet goed. De man was zichtbaar geschrokken, aldus de GGD directeur die het verhaal deed. Zo geschrokken dat hij in de volgende weken direct zijn gedrag had aangepast. Minder drank, meer beweging, minder fastfood. De tv redactie had hem zes weken later nog eens naar de strenge dokter gestuurd en toen was zijn lever al merkbaar opgeknapt. Ook zijn buik was kleiner en zijn zaadcellen maakten een vevere indruk.

‘Wat is de clou van het verhaal nu?’, informeerde een ongeduldige preventieonderzoekster naast hem.

‘Tja’, begint de GGD directeur aarzelend. ‘Ik dacht zo: als we nu eens een experiment opzetten waarbij we een groot aantal burgers oproepen voor een individuele uitgebreide medische check up, die leidt tot een op de persoon toegesneden advies over gewenste veranderingen van leefstijl. Zou dat niet wat zijn? We zouden deze interventiegroep kunnen vergelijken met een controlegroep die alleen de standaard postbus 51 voorlichting ondergaat en dan kijken in welke groep zich meer veranderingen van leefstijl voordoen. In de goede richting dan natuurlijk.’

De overige aanwezigen voelen veel voor het voorstel en als na een half jaar de benodigde financiering en organisatie rond is, is *Check up Flevoland* een feit. De resultaten van het project zijn meer dan bemoedigend. Iets meer dan de helft van de gescreende proefpersonen die werden geconfronteerd met een testuitkomst die aanleiding zou moeten zijn tot een verandering van leefstijl, gaf aan zijn leefstijl te willen aanpassen. Lang niet alle proefpersonen zagen kans al hun slechte gewoonten in een keer op te geven, maar iets meer dan 70 % had op ten minste één front zijn leven gebeterd. Dat wil zeggen: of men was meer gaan bewegen, of men was gestopt met roken, of men consumeerde minder alcohol dan wel at gezonder.

De onderzoekers zijn zeer ingenomen met deze resultaten en stellen voor de aanpak van *Check up Flevoland* landelijk in te voeren. Dat plan stuit echter op onverwacht veel weerstand. De reacties in de media – krantencolumns, redactionele commentaren, actualiteitenrubrieken op televisie – variëren van bezorgd tot uitgesproken negatief. Sommige scribenten twifelen aan de meerwaarde van de check up: zouden de mensen die te horen krijgen dat zij moeten stoppen met roken dat niet allang weten? Anderen vinden het hele initiatief paternalistisch en betuttelend en weer anderen vinden invoering alleen verantwoord als daar een zeer uitgebreide nazorg bij zou worden ingevoerd, een operatie die het hele project veel duurder zou laten uitvallen.

De overheid vraagt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg en de Gezondheidsraad om nog eens heel goed na te denken over de voor- en nadelen van een massaal screeningsproject. Check up Nederland wordt voorlopig op de lange baan geschoven.

Hoe zal het aflopen? Ik denk dat we kunnen zeggen dat scenario IV het minst waarschijnlijk is. Scenario’s II en III zijn beide ongeveer even waarschijnlijk of even onwaarschijnlijk. Scenario II vereist een vrij radicale politieke koerswijziging, terwijl scenario III nogal wat vraagt van de patiëntenbeweging. Het meest waarschijnlijke scenario is scenario I en het is de vraag of we daar genoeg mee moeten nemen. Misschien is er iets te zeggen voor bewust inzetten op een van de twee convergentiescenario’s: volksopvoeding of medische capitulatie.



prof. dr. Trudi van den Bos

# Loopt preventie voor de chroniciteit uit?

Door: Trudi van den Bos, *hoogleraar sociale geneeskunde, AMC*

## 1. Meer chronische ziek(t)en dankzij succesvolle zorg en preventie

Onder invloed van de vergrijzing zal het aantal chronische ziekten in de komende decennia fors stijgen. We worden steeds ouder, maar ook steeds langer chronisch ziek. Vrouwen leven gemiddeld dertig jaar met chronische aandoeningen en mannen gemiddeld tweeëntwintig jaar.<sup>1</sup> Demografische projecties wijzen uit dat de prevalenties van chronische aandoeningen op oudere leeftijd, zoals hartfalen, dementie en beroerte, tot 2015 met circa 40 procent zullen toenemen.<sup>2</sup> In vele gevallen is sprake van comorbiditeit. Geschat wordt dat dertig procent van de mensen met somatische chronische aandoeningen te maken heeft met meerdere aandoeningen tegelijkertijd.<sup>3</sup> Dit is zonder twijfel een conservatieve schatting, ook omdat psychiatrische (co)morbiditeit hierbij buiten beeld is gebleven. Voorts neemt het aantal chronische zieken toe als gevolg van medisch-technologische ontwikkelingen. Zo zullen er steeds meer mensen komen die op den duur chronisch hartfalen krijgen als gevolg van betere overleving na een hartinfarct. Niet alleen op oudere leeftijd maar ook op jongere leeftijd zullen er meer chronisch zieken komen. Kinderen voor wie twintig jaar geleden nog nauwelijks toekomst was, zoals kinderen met ernstige hartafwijkingen, bereiken nu als gevolg van verbeterde behandelingen de volwassenheid – mét chronische aandoeningen.

Het is niet zonder meer duidelijk in welk opzicht effectieve preventie de trends in chronische ziekten zal keren. Voor sommige chronische ziekten zijn 'evidence based' preventieve interventies bekend, zoals leefstijlinterventies voor diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en chronische luchtwegaandoeningen. Er zijn echter ook chronische ziekten zoals multiple sclerose en dementie, waarvoor (nog) geen gerichte preventieve maatregelen mogelijk zijn, omdat goeddeels onbekend is welke risicofactoren een rol spelen bij hun ontstaan. Voorts kan gewezen worden op het fenomeen van vervangende ziekten. Als gevolg van succesvolle preventie, bijvoorbeeld van overgewicht of roken, zal de levensverwachting toenemen en daarmee ook de kans op het krijgen van chronische aandoeningen later in het leven, zoals dementie en beroerte. Er vindt uitstel en geen afstel van ziekte plaats. Zo blijkt uit een scenario waarin niemand meer een hartziekte heeft, dat de levensverwachting voor mannen stijgt met 4 jaar en voor vrouwen met 3 jaar, terwijl het aantal jaren met beperkingen gelijktijdig toeneemt met 1,6 jaar voor mannen en met 1,5 jaar voor vrouwen.<sup>4</sup> Dankzij preventie van fatale ziekten zullen minder mensen vroegtijdig overlijden, maar de keerzijde is dat de gewonnen levensjaren deels met andere ziekten en beperkingen zullen worden doorgebracht. Preventie van niet-fatale chronische aandoeningen zoals aandoeningen van het bewegingsapparaat, blijkt vrijwel niet te resulteren in een toename van het aantal ongezonde jaren; door eliminatie van deze aandoeningen zal het aantal jaren met beperkingen voor mannen verminderen met 1,8 jaar en voor vrouwen met bijna 3 jaar. En juist voor deze invaliderende aandoeningen zijn veelal nog geen preventie maatregelen mogelijk.

De toename van chronische ziekten is hiermee het - gewenste - gevolg van succesvolle preventie en zorg. Effectieve preventie en zorg zullen leiden tot een toename van het aantal gezonde levensjaren maar tegelijkertijd ook tot een toename van het aantal ongezonde levensjaren. In deze ontwikkelingen ligt de paradox van de gezondheidszorg besloten.

## 2. Paradigmaverandering preventie chronische ziekten

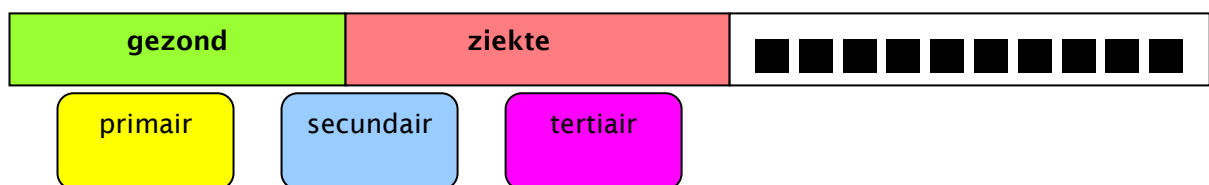
Het preventiebeleid van de overheid is erop gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Uit internationale vergelijkingen blijkt dat Nederland in de afgelopen decennia achterop is geraakt.<sup>5</sup> De bepaling van de gezonde levensverwachting heeft als belangrijk doel de volksgezondheid en het volksgezondheidsbeleid te monitoren.



De gezonde levensverwachting wordt beïnvloed door tal van preventieve maatregelen en voorzieningen binnen en buiten de gezondheidszorg. In de praktijk wordt preventie doorgaans ingedeeld naar de fasen van het ziekteproces. Onderscheiden worden primaire, secundaire en tertiaire preventie. Primaire preventieprogramma's, zoals antirookcampagnes of voedingsvoorlichting, beogen nieuwe ziektegevallen te voorkómen. De doelgroep bij primaire preventie is de gezonde populatie. Secundaire preventie heeft als doel ziekten in een vroeg stadium op te sporen. Momenteel is bijvoorbeeld discussie gaande over de effectiviteit en haalbaarheid van de vroege opsporing van diabetespatiënten. De doelgroep bestaat uit personen die de ziekte of een verhoogd risico daarop hebben maar bij wie de ziekte nog niet is vastgesteld. Bij tertiaire preventie gaat het om zorgprogramma's ter voorkóming van complicaties en verergering van ziekte. De doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn. Tertiaire preventie wordt daarom niet beschouwd als een vorm van preventie maar als onderdeel van de behandeling en zorg.

Het onderscheid naar primaire, secundaire en tertiaire preventie is sterk geënt op het klassieke ziektemodel (figuur 1). Dit model vertoont nog veel trekken van een tijdsperiode waarin curatie en herstel van kortdurende, acute ziekte centraal staan. Het optreden van een ziekte wordt als het eindpunt van preventie beschreven. Wat zich op langere termijn afspeelt als geen genezing is opgetreden, zijn vanuit preventieoogpunt witte plekken of een black box.

Figuur 1. Klassieke ziektepreventieschema



Vanuit het adagium “voorkómen is beter dan genezen” wordt een hiërarchische, sequentiële ordening voorondersteld tussen preventie, cure en care: succesvolle preventie reduceert de behoefte aan cure en care en effectieve cure vermindert de behoefte aan care. De verhouding tussen preventie, cure en care is in de zorg voor chronisch zieken echter ingrijpend anders dan in de gangbare zorgverlening. In de zorg voor chronisch zieken - waarbij van genezing geen sprake is - gaat het niet om opeenvolgende activiteiten maar om activiteiten die continu met elkaar vervlochten zijn.

Deze ketenbenadering vraagt om een herdefiniëring van de preventiebegriffen. In de klassieke ordeningsprincipes wordt tertiaire preventie als onderdeel van behandeling en zorg en niet als preventie aangemerkt. Voor chronisch zieken ligt hier juist wel een belangrijke preventietaak. In de cure en care vinden veelvuldig preventieve interventies plaats. Door huisartsen en specialisten worden bijvoorbeeld antihypertensiva voorgeschreven die bijdragen aan de preventie van hart- en vaatziekten. Thuiszorginstellingen voeren preventieprogramma's uit op het terrein van chronische ziekten zoals diabetes, COPD en CVA. Verpleeg- en verzorgingshuizen doen aan valpreventie.

In het geval van chronische ziekten kunnen we ons niet beperken tot preventie van ziekte, zoals vaak in het beleid wordt gedaan. Minstens zo belangrijk is de preventie van de gevolgen van ziekte.

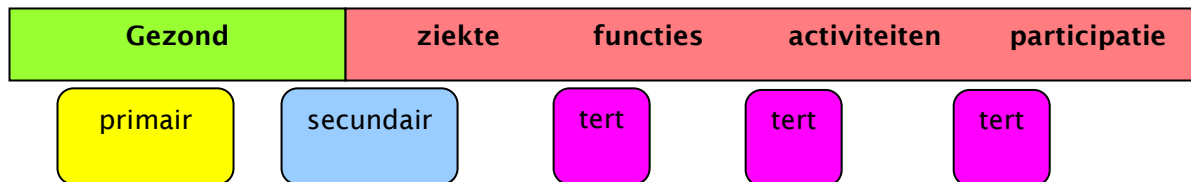
### 3. Verbreding preventie chronische ziekten: van ziekte naar gevolgen van ziekte

In de gangbare zorg is preventie gericht op bevordering van gezondheidswinst en toename van het aantal gezonde jaren. Voor chronisch zieken heeft preventie nadrukkelijk ook als doel gezondheidsverlies te reduceren en kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie te bevorderen. De toename van chronische ziekten vraagt om een verbreding van het begrip preventie. In de loop van de vorige eeuw is met het

verdwijnen van de infectieziekten als belangrijkste volksgezondheidsprobleem de aandacht van de preventie steeds meer gericht geraakt op hart- en vaatziekten en kanker, levensbedreigende aandoeningen op middelbare leeftijd.

Het is nu de tijd de aandacht te verschuiven naar de chroniciteit van ziekten en het begrip preventie te verbreden van ziekte naar de gevolgen van chronische ziekten (figuur 2). In dit model wordt het optreden van ziekte niet langer als eindpunt van preventie aangemerkt en wordt tertiaire preventie als onderscheiden preventievorm beschouwd.

Figuur 2. Chronische-ziektepreventieschema



Om preventieactiviteiten op dit gebied nader te plaatsen, biedt het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health<sup>6</sup>; voorheen ICIDH) van de World Health Organisation een inzichtelijk kader. Het ICF-model is een internationaal erkend model van menselijk functioneren. De kernbegrippen zijn: de functies van het lichaam (bijvoorbeeld verlies van spierkracht of cognitieve schade), de activiteiten die iemand uitvoert (bijvoorbeeld beperkingen in mobiliteit of communicatie) en participatie (bijvoorbeeld de mogelijkheid (vrijwilligers)werk te verrichten).

Preventieactiviteiten hebben als doel functieverlies, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen te voorkómen. Enkele voorbeelden van recente activiteiten: In 2006 is een intensieve landelijke publiekscampagne "Herken een beroerte be FAST" gestart om vertraging in de behandeling van een beroerte te verminderen. Hiermee wil de Hartstichting de Nederlandse bevolking duidelijk maken dat het herkennen van een beroerte en het daarbij direct handelen van levensbelang is. De Face-Arm-Speech-Time-test helpt de verschillende symptomen van een beroerte te herkennen. Indien iemand binnen drie uur geholpen wordt door trombolysie, is de kans op herstel groter. Geschat wordt dat momenteel 30-50% van alle patiënten die een beroerte krijgen, niet wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Sport en bewegen kunnen functionele beperkingen gunstig beïnvloeden en deelname aan de maatschappij en lotgenotencontact bevorderen. In dit kader hebben landelijke patiëntenorganisaties en sportorganisatie NebasNsg in 2006 een visiedocument uitgebracht over de noodzaak van aangepast sportief bewegen.<sup>7</sup> De helft van de Nederlandse bevolking haalde in 2004 de Nederlandse Norm niet ('iedere volwassene dient minimaal 30 minuten matig intensief lichamelijk actief te zijn op ten minste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week'). Mensen met chronische aandoeningen bewegen nog minder. Oorzaken hiervan zijn het feit dat men geen bewegingsadvies heeft gekregen, men niet durft, middelen ontbreken, de kosten vaak hoog zijn en de mogelijkheden in de regio beperkt of onbekend zijn. In het visiedocument wordt uiteengezet hoe op lokaal niveau activiteiten op het gebied van aangepast sportief bewegen geïmplementeerd kunnen worden. Een van de aanbevelingen is dat zorgverzekeraars de extra kosten van deelname aan sport- en bewegingsactiviteiten vergoeden. Ook wordt gepleit voor vergoeding van de contributies voor het lidmaatschap van patiëntenverenigingen. Contributies worden vaak betaald om deel te kunnen nemen aan specifieke bewegegroepen.

De meerwaarde van het ICF-model is niet alleen dat het een systematiek biedt voor preventieactiviteiten op meerdere domeinen maar ook dat aandacht wordt besteed aan externe factoren in de fysieke en sociale omgeving die van invloed zijn op het functioneren van mensen. De toegankelijkheid van de samenleving, de beschikbaarheid van hulpmiddelen en aangepaste voorzieningen, de regelgeving en de houding van de samenleving bepalen mede de mate waarin mensen met chronische aandoeningen te maken krijgen met belemmeringen in functioneren. Meer dan voorheen wordt in het ICF-



model erkend dat een chronische aandoening of handicap niet alleen voortkomt uit een bepaalde medische disfunctie, maar vooral ook uit de manier waarop die disfunctie chronisch zieken belet om als volwaardig burger te functioneren.

#### 4. De 'sociale kwestie' van chronische-ziektepreventie

Naast de preventie van chronische ziekten en functionele beperkingen is het minstens zo belangrijk de preventie te richten op hinderpalen die er in de samenleving bestaan, waardoor de maatschappelijke participatie van chronisch zieken wordt belemmerd. In feite keren we hiermee via een omweg terug bij het gedachtegoed van de sociaal hygiënisten aan het eind van de 19<sup>e</sup> eeuw. Dankzij de inspanningen van de sociaal-hygiënisten is aandacht gekomen voor sociale omstandigheden als bron van verbetering van infectieziekten. Deze 'sociale' kwestie was aanleiding om te ijveren voor verbetering van de gezondheid via hygiënische maatregelen en verbetering van arbeid- en woonomstandigheden.

Deze tijd vraagt om een revival van de 'sociale' kwestie. Waar sociaal-hygiënisten van de *oorzaken* van ziekte de sociale kwestie hebben gemaakt, zo dient nu aan de *gevolgen* van ziekten de sociale kwestie verbonden te worden. Het gaat daarbij onder meer om bevordering van gelijke kansen in het onderwijs en op de arbeidsmarkt, gelijke toegang tot voorzieningen en verzekeringen, en versterking van de autonomie van chronisch zieken. Vele chronisch zieken en gehandicapten voelen zich, in meerdere of mindere mate, belemmerd in hun kansen en mogelijkheden op het gebied van bereikbaarheid en vervoer, arbeid, maatschappelijke dienstverlening, relaties, financiën en sociale zekerheid.<sup>8</sup> De weerslag van deze barrières in het dagelijkse leven is aanzienlijk. De ervaren belemmeringen op de uiteenlopende gebieden blijken elkaar te versterken waardoor een cumulatie optreedt van problemen in het maatschappelijk functioneren.

In de preventie zou hoge prioriteit gegeven moet worden aan groepen waarbij een cumulatie van risico's optreedt. Het gaat daarbij in het bijzonder om mensen uit lagere sociaal-economische groepen die op verschillende fronten een achterstand hebben, zoals een ongezondere leefstijl, een kortere levensduur, meer chronische aandoeningen, meer functionele beperkingen, meer participatieproblemen, minder sociale steun en een minder gunstige woon- en werkomgeving.<sup>1,2,9</sup> Vanwege de cumulatie van achterstanden in bepaalde buurten wordt van verschillende kanten een wijkgerichte aanpak bepleit om de sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen. Een voorbeeld is het community-project 'Hartslag Limburg' dat speciale aandacht heeft voor het bereiken van achterstandsgroepen. Dit project is een grootschalig regionaal samenwerkingsproject van GGD, gemeenten, huisartsen en ziekenhuis, een bundeling van preventieve en curatieve zorg. De community-aanpak is gericht op preventie van hart- en vaatziekten en betreft tal van activiteiten rond de thema's roken, voeding en bewegen. Uit onderzoek blijkt dat de community-benadering effectief is in het veranderen van een aantal risicofactoren zoals lichaamsgewicht en bloeddruk, op langere termijn.<sup>10</sup> Hartslag Limburg wordt beschouwd als voorbeeld dat in de rest van Nederland toegepast zou moeten worden.

Bij de verdere ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid voor chronisch zieken zou het de moeite lonen om ook de expertise, methodieken en ervaringen op het gebied van preventie in de geestelijke gezondheidszorg erbij te betrekken. Vanuit deze sector zijn vele preventieve zorgprogramma's ontwikkeld en vorm gegeven in een lokaal gezondheidsbeleid, waarin de verschillende betrokken beleidssectoren komen tot een integrale preventieve aanpak.<sup>11</sup> De sociale context van preventie is in de geestelijke gezondheidszorg ook pregnanter zichtbaar. Geestelijke gezondheid heeft immers alles te maken met de directe leefomgeving van mensen en met hun mogelijkheden zinvol deel te nemen aan de samenleving. Het versterken van de individuele competentie - kennis, vaardigheden, zelfvertrouwen - en de sociale steun zijn kerndoelstellingen van de preventie van psychische stoornissen. De somatische en geestelijke gezondheidszorg zijn in beleid, praktijk en onderzoek sterk gescheiden werelden. Kruisbestuiving tussen beide sectoren en kennisverspreiding kunnen het preventiebeleid op het gebied van chronische ziekten verder helpen.

## 5. Verschuiving preventie chronische ziekten: van openbare gezondheidszorg naar individuele gezondheidszorg

Van oorsprong wordt preventie tot het terrein van de openbare gezondheidszorg gerekend. Als gevolg van de toename van chronische ziekten raakt preventie steeds meer ingebed in de individuele gezondheidszorg. In de huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, thuiszorg en verpleeghuizen worden allerlei preventieactiviteiten ondernomen. In figuur 3 wordt het preventiemodel voor chronische ziek(t)en voor de ICF-domeinen geïllustreerd aan de hand van een aantal preventieactiviteiten.

Figuur 3. Preventiemodel voor chronische ziek(t)en

Domein preventie	Voorbeelden van preventieactiviteiten	Verantwoorde lijkheid	
		Verzekering	Overheid
		Zvw/Awbz	/WMO
- <i>ziekte:</i> algemene bevolking	- Bestrijding van roken, overgewicht, ongezonde voeding, bewegarmoede	*	*
-----	-----		
risicogroepen	- cardiovasculair risicomangement - preventieve gezondheidscheck - (vroeg)diagnostiek depressie	* ? *	
- <i>functies:</i> voorkómen van complicaties en stoornissen	- diabetescontrole - anti decubitus - preventieve geheugentraining	* * *	
- <i>activiteiten:</i> voorkómen van functionele beperkingen	- valpreventie ouderen - aangepast sportief bewegen	*	*
- <i>participatie:</i> voorkómen van participatieproblemen	- (medische) hulpmiddelen - lotgenotencontact - vervoersvoorzieningen - ondersteuning mantelzorg	*  * *	* * * *

Op alle domeinen kan sprake zijn van collectieve en individuele preventie. Het gaat daarbij in navolging van de onderscheiden vormen van preventie in de geestelijke gezondheidszorg om een preventiepiramide van activiteiten<sup>11</sup>.

Collectieve preventie omvat universele en selectieve preventie:

- Universele preventie is gericht op de algemene bevolking. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om publiekscampagnes ter bestrijding van roken of fysieke inactiviteit. Maar ook gaat het hierbij om het realiseren van een goede toegankelijkheid van de samenleving en gelijke rechten voor mensen met een chronische aandoening of handicap.
- Selectieve preventie is gericht op hoogrisicogroepen. Zo is in 2006 de voorlichtingscampagne 'Kijk op Diabetes' van start gegaan. Deze campagne beoogt de versnelde opsporing van mensen met nog onbekende diabetes en van mensen die een verhoogd risico hebben om binnen afzienbare tijd diabetes type 2 te krijgen. Speciale aandacht gaat daarbij uit naar allochtonen, met name Turken, Marokkanen en Hindoestanen, en naar mensen met een lage sociaal-economische status.

Individuele preventie omvat geïndiceerde en zorggerelateerde preventie:

- Geïndiceerde preventie is gericht op individuen met een bekend verhoogd gezondheidsrisico. Zo worden huisbezoeken afgelegd bij ouderen met een verhoogd risico op valongevallen, zoals ouderen die slaap- en kalmeringsmiddelen gebruiken.
- Zorggerichte preventie is gericht op mensen die een chronische aandoening hebben en die in het individuele hulpverleningscontact preventie krijgen aangeboden, bijvoorbeeld een verwijzing naar een stop-met-roken-training door de huisarts of een verwijzing naar een patiëntenvereniging. Belangenbehartiging, voorlichting en lotgenotencontact vanuit patiëntenverenigingen dragen in hoge mate bij aan ondersteuning van zelfmanagement(systemen) en verbetering van de positie van chronisch zieken en hun naasten.

Preventieactiviteiten voor chronisch zieken vragen om een mix van ziektegenerieke en ziektespecifieke maatregelen. Ziektespecifieke preventieactiviteiten zijn met name tot stand gekomen op het gebied van hart- en vaatziekten, diabetes en astma/COPD. Er wordt nog relatief weinig prioriteit gegeven aan de mogelijkheden van preventie bij andere somatische en psychische aandoeningen. Er valt bijvoorbeeld nog veel gezondheidswinst te behalen als vroegdiagnostiek van depressie systematisch plaatsvindt. Depressie blijkt nog onvoldoende herkend te worden door de huisarts, in het bijzonder als de patiënt daarnaast ook een somatische aandoening heeft.<sup>12</sup> De preventieprogramma's die vanuit de geestelijke gezondheidszorg tot stand zijn gekomen zoals cursussen en voorlichtingsactiviteiten, zouden ook voor somatisch chronisch zieken van nut kunnen zijn.

Preventieactiviteiten op individueel niveau vinden vaak plaats op ad hoc-basis waarbij de risico's van (de gevolgen van) ziekte worden geschat in het individuele hulpverleningscontact. Om preventieve interventies voor chronisch zieken effectief te implementeren in de individuele gezondheidszorg, dient bij de uitvoering sprake te zijn van een integrale aanpak. Tot op heden is preventie in zorgprogramma's, met uitzondering van de diabeteszorg, nog nauwelijks uitgewerkt. Preventie dient een expliciet onderdeel te zijn van behandelrichtlijnen, disease management en zorgketens. Aanbevolen zou kunnen worden om de component preventie op te nemen in de methodiek van de richtlijnontwikkeling en de samenstelling van commissies.

Individuele preventie (geïndiceerde en zorggerelateerde preventie) zou in principe voor vergoeding door de zorgverzekeringen in aanmerking kunnen komen. De benodigde preventie rechtvaardigt de claim op solidariteit, maar meer inzicht is nodig in de (kosten)effectiviteit. Veel discussie is bijvoorbeeld gaande over de kosteneffectiviteit van preventieve gezondheidschecks zoals de niercheck en de diabetes-ricicostest, bedoeld om verborgen schade op te sporen en vroegtijdig behandeling in te stellen. Er is nog veel evaluatieonderzoek nodig. Uit het overzicht van kosteneffectieve preventieve interventies in de VTV 2006 blijkt dat deze voor chronisch zieken een bescheiden omvang en reikwijdte hebben.<sup>2</sup> Hiertoe behoren preventie van chronische ziekten door behandeling van obesitas (medicatie en leefstijl), preventie van terugval depressie door behandeling, intensieve bloeddruk- en bloedglucose-controle bij diabetespatiënten, stoppen met roken via de huisarts, en preventie van accidentele val bij ouderen. Bij systematische invoering van deze programma's zou nog veel gezondheidswinst behaald kunnen worden.

Tegelijkertijd dient de preventiefunctie in de WMO vanuit de (gemeentelijke) overheid adequaat vorm te krijgen. Als chronisch zieken en gehandicapten tijdig de goede ondersteuning wordt aangeboden, kunnen ze langer zelfstandig blijven wonen en de eigen regie in handen houden. Preventie is een vereiste om maatschappelijke participatie te realiseren en te garanderen. Daarbij moet erop worden toegezien dat chronisch zieken in elke gemeente een gelijk niveau van preventie en zorg krijgen, nodig om als volwaardig burger te blijven participeren. Door gemeenten in de WMO een grote mate van beleidsvrijheid te geven, kunnen er onaanvaardbare verschillen tussen gemeenten ontstaan.

## 6. De regie door chronisch zieken

Om de (gevolgen van) ziekte beter onder controle te houden, zouden chronisch zieken meer in staat gesteld moeten worden de eigen regie te voeren. De patiënt dient te beschikken over voldoende kennis en vaardigheden en als partner betrokken te worden in de zorg om zelf meer verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor het managen van de eigen gezondheid. Ter ondersteuning hiervan is een elektronisch patiëntendossier essentieel. De NPCF pleit er dan ook voor dat patiënten een eigen deel krijgen in het elektronisch patiëntendossier ter versterking van de eigen regie.

Hogere prioriteit dient te worden gegeven aan de ‘concordantie’ tussen patiënt en hulpverlener ter verbetering van therapietrouw. De mate waarin de patiënt leefstijladviezen of preventieve medicatie opvolgt, bepaalt voor een belangrijk deel het succes van de preventieve zorg en daarmee de kans op het voorkómen van lange termijn gezondheidsproblemen. Uit onderzoek op het gebied van de farmacotherapeutische zorg blijkt therapietrouw bij chronisch zieken een groot probleem te zijn.<sup>13</sup> Meer dan 50% van de chronisch zieken neemt de geneesmiddelen niet op de voorgeschreven wijze in of breekt de behandeling voortijdig af. Vele redenen zijn daarvoor aan te wijzen, onder meer behandelduur, comorbiditeit, gebruiksgemak en psychologische kenmerken zoals motivatie en persoonlijke effectiviteit. Therapietrouw kan worden verbeterd door heldere communicatie en gezamenlijke besluitvorming (concordantie), waarin de chronisch zieke als partner met eigen deskundigheid en overtuigingen wordt gerespecteerd. Leefstijlinterventies zijn succesvoller als mensen in een persoonlijke gespreksstijl meer handvatten krijgen aangereikt om gewoontegedrag te doorbreken. Uit onderzoek blijkt dat burgers meer vertrouwen hebben in gezondheidszorginterventies dan in strategieën op het terrein van de openbare gezondheid.<sup>14</sup> Verwacht wordt dat preventieve interventies door huisartsen meer kans hebben aan te slaan dan algemene voorlichting.

Educatie, coaching en zelfmanagement zouden centraal dienen te staan in de begeleiding van chronisch zieken. Hierbij is het van belang de expertise van patiëntenorganisaties goed te benutten en patiëntenorganisaties te faciliteren. Voorts dient meer geïnvesteerd te worden in de mogelijkheden van een persoonsgebonden budget en een participatiebudget dat in de plaats zou moeten komen van verschillende soorten persoonsgebonden budgetten (bijvoorbeeld aparte budgetten voor zorg, ondersteuning, reïntegratie naar werk). Voor versterking van de positie van de chronisch zieken zijn deze budgetten een goed sturingsinstrument.

## 7. Integrale preventie in de praktijk: de coördinatie in de eerste lijn

Integrale preventie dient aan te sluiten op het persoonlijke netwerk van chronisch zieken. Voor de organisatie en implementatie van preventie in de gezondheidszorg wordt aan de eerste lijn een belangrijke rol toegekend. De meeste mensen met chronische aandoeningen komen regelmatig in contact met huisartsen. Juist hier liggen kansen om chronisch zieken te stimuleren tot een actievere en gezondere leefstijl en hen eventueel door te verwijzen naar preventieve zorgprogramma's. In tegenstelling tot de communis opinio krijgt de huisarts een grote verantwoordelijkheid toebedeeld op het gebied van de preventie. Uit een TNS NIPO enquête die ter gelegenheid van het 50-jarig jubileum van het Nederlands Huisartsen Genootschap in 2006 werd gehouden, blijkt dat er zowel bij huisartsen als Nederlanders brede consensus bestaat over de preventieve rol van huisartsen.<sup>15</sup> Ruim driekwart van de Nederlanders en de huisartsen vindt preventie tot het takenpakket van de huisarts horen. De overgrote meerderheid is van mening dat het de taak van de huisarts is om bij zijn patiënten het onderwerp ‘gezonde leefstijl’ aan de orde te stellen. Huisartsen (95%) zijn hierover zelfs stilliger dan Nederlanders (85%). Op de stelling “Indien een patiënt risico heeft om door bepaald gedrag (bijvoorbeeld roken) een bepaalde aandoening te ontwikkelen, dient de huisarts zijn patiënt hierop te wijzen” antwoordt 95% van de Nederlanders en 97% van de huisartsen bevestigend. Hoewel er tussen droom en daad, zoals bekend, wetten in de weg staan en praktische bezwaren, is het profijtelijk dat er zo'n brede consensus bestaat over de preventieve rol van de huisarts.

Om de preventie concreet vorm te geven, is een richtinggevend kader nodig rond de huisarts - thuiszorg. Verpleegkundigen zouden een centrale rol kunnen vervullen bij de uitvoering van integrale preventie in de thuissituatie. Praktijkverpleegkundigen krijgen dan meer zelfstandig de taak te zorgen voor de preventieactiviteiten zoals controles van chronisch zieke patiënten, voorlichting en patiënteneducatie of verwijzing naar preventieve zorgprogramma's. Verpleegkundigen in de thuiszorg voeren een reeks van activiteiten uit in het kader van advies, instructie en verpleging (AIV-functie).

Verpleegkundigen zouden niet alleen een consultatieve, signalerende en voorlichtende functie kunnen vervullen voor individuele patiënten en hun naasten, maar ook kunnen zorgen voor de afstemming en coördinatie van de preventie in de cure- en care-sector en de preventie in het medische systeem van de Zorgverzekeringswet en de ondersteuning in het maatschappelijke domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Deze taakdelegatie leidt overigens niet alleen tot verbetering van de kwaliteit van preventie en zorg, maar biedt verpleegkundigen ook nieuwe kansen en carrièreperspectieven. Ter versterking van het zelfmanagement en de autonomie van chronisch zieken zouden de mogelijkheden voor verpleegkundigen in het kader van een persoonsgebonden budget (PGB) verruimd dienen te worden. Het PGB is het instrument bij uitstek om preventie en zorg naar eigen inzicht in te richten.

## **8. De preventie-functie inbedden in de eerste lijn**

Om preventie voor chronisch zieken in de eerste lijn in te bedden, zou meer gebruik gemaakt kunnen worden van de AIV-component van de thuiszorg. De preventieve activiteiten in de thuiszorg en de eerstelijnszorg van huisarts(praktijken) zouden meer geïntegreerd kunnen worden waardoor een structureel preventieaanbod en preventiepraktijk in de eerste lijn van de grond kunnen komen. Thuiszorgorganisaties hebben een uitgesproken traditie op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Veel activiteiten worden uitgevoerd in het kader van de beleidsregel AIV-preventie en de beleidsregel AIV-verpleging.<sup>16</sup> AIV-preventieprogramma's behelzen cursussen, huisbezoeken, spreekuurcontacten, lotgenotencontact, informatie en massamediale voorlichting. AIV-verpleging betreft consultatiewerk van (gespecialiseerde) verpleegkundigen, niet direct gekoppeld aan andere verzorgende of verplegende handelingen.

AIV-preventie en AIV-verpleging omvatten de preventieve activiteiten op collectief respectievelijk individueel niveau. Het doel is het verbeteren van kennis, attitude, vaardigheden en gedrag waardoor mensen ziekte kunnen voorkómen of de gevolgen van de ziekte beter kunnen hanteren. Omdat het ministerie van VWS heeft besloten dat preventieactiviteiten niet langer binnen de Awbz passen, worden de AIV-preventiegelden per 1 januari 2007 overgeheveld van de Awbz naar de begroting van VWS. Deze overgang wordt aangegrepen om preventie en gezondheidsbevordering bij thuiszorginstellingen een kwaliteitsimpuls te geven via het ZonMw uitvoeringsprogramma "Preventie en gezondheidsbevordering bij thuiszorginstellingen".<sup>17</sup> Doel van het programma is (kosten)effectieve uitvoering van preventie en gezondheidsbevordering bij thuiszorgorganisaties te ondersteunen, de verbinding tussen preventie en zorg te versterken en de samenwerking tussen thuiszorgorganisaties en andere (lokale) partijen te bevorderen. Binnen dit programma kunnen thuiszorgorganisaties subsidieaanvragen indienen voor activiteiten op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Deze ontwikkeling biedt een uitgelezen kans om de preventieactiviteiten vanuit de thuiszorg te verbinden aan de huisartsenzorg en zo integrale preventie eerstelijnsbreed vorm te geven. Daartoe zou de AIV-functie zichtbaar in de bekostigingssystematiek moeten worden opgenomen. Wil de preventie in de eerste lijn kans van slagen hebben, dan zal, zo stelt ook de NPCF, een functionele aanspraak op secundaire en tertiaire preventie en voorlichting in de Zorgverzekeringswet moeten worden opgenomen, inclusief de ondersteuning van zelfmanagement door zorgverleners en patiëntenorganisaties.<sup>18</sup>

Daarnaast worden momenteel de mogelijkheden onderzocht om de component preventie te financieren in het kader van de invoering van de DBC-financiering. In het ketenmodel dienen zorg en preventie direct op elkaar aan te sluiten. De samenwerking in de (keten)zorg voor chronisch zieken is met name van de grond gekomen voor diabetes mellitus, CVA en COPD. Voor andere chronische ziek(t)en is multidisciplinaire zorg structureel minder goed van de grond gekomen, onder meer vanwege schotten in de financiering. Om integrale zorg mogelijk te maken, wordt geëxperimenteerd met keten-DBC voor diabetes. Multidisciplinair samengestelde teams van zorgverleners leveren diabetesketenzorg die als keten-DBC, als pakket, wordt gefinancierd door zorgverzekeraars. Door ZonMw is een programma gestart waarin veldpartijen ondersteund worden bij het samenstellen van multidisciplinaire diabeteszorggroepen in de eerste lijn in samenhang met de tweede lijn.<sup>19</sup> In de concept keten-DBC diabetes is veel aandacht voor educatie, zelfmanagement en therapietrouw. Naar analogie van diabeteszorggroepen zijn ook COPD-zorggroepen actief aan het worden, die gebruik maken van de concept ketenzorg-DBC COPD.

De preventie in het kader van de AIV-functie heeft de generalistische zorg van de eerste lijn en horizontale samenwerking als uitgangspunt, terwijl preventie in het kader van ketenzorg-DBC ziektespecifiek georganiseerd wordt en gericht is op verticale samenwerking. Optimale preventie zal per definitie een combinatie van ziektespecifieke en ziekteoverstijgende activiteiten behelzen. Echter, verwacht kan worden dat de generalistische benadering aan belang zal winnen. Steeds meer mensen krijgen te maken met comorbiditeit en preventie bij chronisch zieken zal zich sterker gaan richten op het voorkómen van de - ziekteoverstijgende - gevolgen van chronische ziekten. Een brede geïntegreerde eerste lijn zal het mogelijk maken dat de eerste lijn in het zorgketenmodel een centrale, mede ook sturende positie kan innemen. Bij de ontwikkeling van een bekostigingssystematiek voor de preventie zal het dilemma tussen horizontale en verticale organisatiestructuren nader moeten worden bezien.

## **9. Tot slot: Loopt preventie voor de chroniciteit uit?**

Samenvattend leidt dit essay tot de volgende conclusies:

- a. Onder invloed van de vergrijzing en medisch-technologische ontwikkelingen komen steeds meer mensen met chronische aandoeningen. De toename van chronische ziek(t)en is mede het - gewenste - gevolg van succesvolle preventie en zorg.
- b. Preventie bij chronische ziek(t)en vraagt om een paradigmaverandering. In het geval van chronische ziekten kunnen we ons niet beperken tot (primaire en secundaire) preventie van ziekte. Minstens zo belangrijk is de preventie van de gevolgen van ziekte (tertiaire preventie).
- c. Preventie loopt niet voor de chroniciteit uit maar met de chroniciteit mee. Preventie bij chronische ziek(t)en zal moeten worden verbreed naar de gevolgen van ziekte, in termen van het ICF-model: het voorkómen van ziekte, functiestoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen.
- d. De meerwaarde van het ICF-model is niet alleen dat het een systematiek biedt voor preventieactiviteiten op meerdere domeinen maar ook dat aandacht wordt besteed aan externe factoren in de fysieke en sociale omgeving. Preventie dient zich mede te richten op hinderpalen die er in de samenleving bestaan, waardoor de maatschappelijke participatie van chronisch zieken wordt belemmerd.
- e. Om preventie te doen slagen, zouden chronisch zieken meer in staat gesteld moeten worden de eigen regie te voeren ter versterking van zelfmanagement en autonomie. Educatie, coaching en 'concordance' zouden centraal dienen te staan in de begeleiding van chronisch zieken. Het is van belang de expertise van patiëntenorganisaties goed te benutten en patiëntenorganisaties te faciliteren. Voorts dient meer geïnvesteerd te worden in de mogelijkheden van een persoonsgebonden budget en een participatiebudget.
- f. De mogelijkheden van preventie bij chronische ziek(t)en worden beter benut indien de coördinatie van preventie integraal wordt ondergebracht bij de eerste lijn. Verpleegkundigen zouden een centrale rol kunnen vervullen bij de uitvoering van integrale preventie in de thuissituatie.

- g. Wil de preventie in de eerste lijn kans van slagen hebben, dan zal een functionele aanspraak op preventie in de Zorgverzekeringswet moeten worden opgenomen. Bij de ontwikkeling van een bekostigingssystematiek voor preventie zal het dilemma tussen horizontale en verticale organisatiestructuren nader moeten worden gezien.



## Literatuur

- <sup>1</sup> Perenboom RJM, van Herten LM, Boshuizen HC, van den Bos GAM. Life expectancy without chronic morbidity: trends in gender and socioeconomic disparities, Public Health Reports 2005;120:46-54.
- <sup>2</sup> de Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, van Oers JAM, Polder JJ (eindreactie). Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- <sup>3</sup> Heijmans MJWM, Rijken PM, Schellevis FG, van den Bos GAM. Meer dan een ziekte; de gevolgen van comorbiditeit vanuit het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten. Amsterdam: AMC/UvA; Utrecht: NIVEL, 2003.
- <sup>4</sup> Nusselder WJ, van der Velden K, van Sonsbeek JLA, Lenior ME, van den Bos GAM. The elimination of selected chronic diseases in a population: the compression and expansion of morbidity. Am J Public Health 1996;86:187-194.
- <sup>5</sup> Preventienota Kiezen voor Gezond leven. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006.
- <sup>6</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. WHO: Geneva, 2001. Nederlandse vertaling: WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands. Bilthoven: RIVM, 2002.
- <sup>7</sup> Aangepast sportief bewegen voor mensen met een chronische aandoening. Gemeenschappelijke visie landelijke patiëntenorganisaties. Bunnik: NebasNsg in samenwerking met patiëntenorganisaties, 2006.
- <sup>8</sup> Bos T van den. Stilstand is achteruitgang; knelpunten van chronisch zieken en gehandicapten. Mediator 2002;13(8):14-15.
- <sup>9</sup> Avendano M. Understanding socioeconomic disparities in stroke. An international perspective. PhD Thesis. Rotterdam: EUR, 2006.
- <sup>10</sup> Schuit AJ, Wendel-Vos GC, Verschuren WM, Ronckers ET, Ament A, van Assema P, van Ree J, Ruland EC. Effect of 5-year community intervention Hartslag Limburg on cardiovascular risk factors. Am J Prev Med. 2006;30:237-242.
- <sup>11</sup> Ruiters M, Bohlmeijer E, Blekman J. Derde gids preventie van psychische stoornissen en verslavingen Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- <sup>12</sup> [Nuyen J, Volkerts AC, Verhaak PF, Schellevis FG, Groenewegen PP, van den Bos GAM.](#) Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. Psychol Med 2005;35:1185-1195.
- <sup>13</sup> [www.platform-pi.nl](http://www.platform-pi.nl).
- <sup>14</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001.
- <sup>15</sup> Lems S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Utrecht: NHG; Amsterdam: TNS NIPO, 2006.
- <sup>16</sup> [www.ctg-zaio.nl/index](http://www.ctg-zaio.nl/index).
- <sup>17</sup> Uitvoeringsprogramma Preventie en gezondheidsbevordering bij thuiszorginstellingen. Programma. Den Haag: ZonMw, 2006.
- <sup>18</sup> NPCF. Eerstelijnszorg voorop. Uitwerking eerstelijnszorgfuncties. Utrecht: NPCF, 2006.
- <sup>19</sup> ZonMw programma Diabetes Ketenzorg. Den Haag: ZonMw, 2005.





*prof. dr. Niek Klazinga*



# Van ziektekostenverzekering naar gezondheidsverzekering; preventie op recept

Door: Niek Klazinga, *hoogleraar sociale geneeskunde*

## Inleiding

De geschiedenis van de ziektekostenverzekering en preventie in Nederland laat zien dat beide zich grotendeels onafhankelijk van elkaar hebben ontwikkeld. De ziektekostenverzekering heeft haar wortels in de fondsvorming door werkgevers en werknemers waaruit vanaf het begin van de 20<sup>e</sup> eeuw de ziekenfondsen ontstonden. De institutionalisering van preventie is grotendeels het resultaat van ontwikkelingen aan het eind van de negentiende eeuw waarbij met een centrale rol voor infectieziektebestrijding vanuit de beweging van de hygiënisten van overheidswege maatregelen genomen werden op het terrein van gezondheidsbeleid en de eerste GGD'en werden opgericht. Anno 2007 zijn echter zowel de aard van de gezondheidsproblemen, de beschikbare kennis om daar iets aan te doen, de financieringsarrangementen en de rol en positie van de verschillende partijen in de gezondheidszorg sterk veranderd. De belangrijkste doodsoorzaken zijn al decennia lang hart- en vaatziekten en kanker en de inzichten over risicofactoren, diagnostiek en behandelen hebben ertoe geleid dat vele vormen van preventie beschikbaar zijn die de ziektelast van met name chronische ziekten kunnen helpen voorkomen dan wel beperken. Dat met het versterken van preventie in Nederland nog veel gezondheidswinst te halen valt wordt keer op keer deugdelijk onderbouwd in de Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV) van het Rivm. Sterker nog, wanneer Nederland de ambitie wil waar maken om van een middenmoter weer tot de top vijf van gezonde Europese landen te behoren staan een versterking van de preventie en het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen bovenaan de lijst van na te streven doelen.

Door de nieuwe gezondheids kennis en de daarmee samenhangende preventie acties zijn de scheidslijnen tussen preventie en ziekte echter steeds onduidelijker geworden. De klassieke begrippen primaire, secundaire en tertiaire preventie zijn maar met moeite scherp te hanteren. Primaire preventie probeert een aandoening te voorkomen door het wegnemen of verminderen van de oorzaken, secundaire preventie gaat om de vroege opsporing en behandeling en tertiaire preventie heeft betrekking op het voorkomen of beperken van de gevolgen van een reeds gediagnosticeerde aandoening. Door dit gebrek aan scherpheid en een gegroeide praktijk waarbij bijvoorbeeld medicamenteuze behandeling van een risicofactor wel vanuit de verzekering wordt vergoed maar gerichte begeleiding voor gedragsverandering veelal niet (denk bijvoorbeeld aan de aanpak van een hoge bloeddruk of een te hoge cholesterolspiegel in het bloed) ontstaat terecht de behoefte aan een nadere reflectie over de vraag welke vormen van preventie wel en welke niet vanuit de zorgverzekering vergoed dienen te worden. De zorgverzekering heeft vanaf 2006 een nieuwe wettelijke basis gekregen waardoor voormalige ziekenfondsen zijn verdwenen en er sprake is van een verplichte basisverzekering voor alle Nederlanders uitgevoerd door verzekeraars op een privaat rechtelijke basis. Naast de uitvoering van de basisverzekering en het aanbieden en uitvoeren van aanvullende verzekeringen hebben verzekeraars ook een nadrukkelijke verantwoordelijkheid voor de zorginkoop gekregen waarbij ze als het ware de "zorgbelangen" van de verzekerde dienen te behartigen. Maar ook de GGD is allang niet meer de enige uitvoerder op het terrein van preventie. Integendeel, de beschikbare kennis en interventies worden in toenemende mate aangeboden op allerlei andere plaatsen in de zorg van de huisarts en het ziekenhuis tot in het verpleeghuis en door de thuiszorg. Juist het geïntegreerd aanbieden van zorg en preventie is veelal effectief en patiëntgericht. Ook daarom is het doordenken van de vraag of de bestaande scheiding tussen de financiering van ziektekosten en preventie nog wel functioneel is, opertuun.

Daarmee zijn de belangrijkste argumenten voor het schrijven van een essay onder de titel “Van ziektekostenverzekering naar gezondheidsverzekering; preventie op recept” gegeven. Een zoektocht naar een verzekeringssysteem dat ondersteunend is aan het versterken van de toepassing van bestaande preventieve kennis en interventies in de zorg op een wijze die zowel recht doet aan de gezondheidsbelangen van het verzekerde individu als het collectieve belang van een goede gezondheid voor alle Nederlanders. Achtereenvolgens zal worden ingegaan op de gewenste rol van de verzekeraar, voor welke vormen van preventie voorschrijven op recept in aanmerking komt en wie dat voorschrijven zou moeten doen, wat er op het preventierecept zou kunnen staan, welke overwegingen spelen bij het opnemen van preventie in het basispakket dan de aanvullende verzekering en hoe een en ander te organiseren en financieren.

## **De verzekeraar als “health agent”**

Zowel vanuit de optiek van een klassieke schadeverzekeraar als vanuit de optiek van een verzekeraar die primair de gezondheidsbelangen van verzekerden voorstaat, vallen argumenten naar voren te brengen waarom versterking van preventie belangrijk is. Voor de schadeverzekeraar lonkt het perspectief van de verlaging van de schadelast waar bij nadere analyse snel duidelijk wordt dat gezondheidswinst voor Nederland als geheel niet noodzakelijkerwijs winst voor een individuele zorgverzekeraar hoeft op te leveren. Een en ander zal onder andere afhangen van de vraag of de investering in preventie gedaan bij een groep verzekerden ook betekent dat op de lange termijn de gezondheidswinst van die verzekerden toevalt aan de verzekeraar die de initiële investering deed. Deze redenering heeft vanuit de wereld van de verzekeraars al geleid tot voorstellen om de mogelijkheden te onderzoeken van een preventiefonds (waarbij de risico's van de investering over verzekeraars gelijkelijk worden verdeeld) dan wel het koppelen van het vergoeden van preventie aan een langere contractuele verplichting met een verzekerde dan de thans wettelijke termijn van een jaar. Recent zijn daar vanuit de Nationale Denktank plannen over het werken met transfergelden bij het overstappen van verzekerden van de ene naar de andere verzekeraar aan toegevoegd. In alle gevallen gaat het nog om vrij ruwe ideeën maar de gedachte erachter is helder. Wanneer landelijk gestreefd wordt naar een zo goed mogelijke gezondheid voor alle Nederlanders en de constatering wordt gedeeld dat preventieve maatregelen vergoed uit de verzekering daartoe een belangrijke bijdrage kunnen leveren, dan dient de financiële prikkelstructuur voor verzekeraars als marktpartijen zo te worden ingericht dat het maatschappelijke belang van een goede gezondheid congruent wordt met het economische belang van de verzekeraar als ondernemer. De “health agent” functie wordt in deze visie geambieerd wanneer de overheid er voor zorgt dat economische belangen en gezondheidsbelangen in elkaars verlengde liggen. Zolang dat nog niet het geval is, is voor verzekeraars die handelen vanuit een actuair perspectief het investeren in preventie vooralsnog alleen interessant als daarnaar een duidelijke vraag bij (potentiële) verzekerden bestaat en het daarmee een belangrijk verkoopargument wordt bij de concurrentie op de markt van de basis- en aanvullende verzekering.

Vanuit de optiek van de verzekeraar als “health agent” wordt het belang van preventie primair beargumenteerd vanuit het gezondheidsbelang van de verzekerde. Hierbij wordt de maatschappelijke functie van het zijn van zorgverzekeraar voorop gesteld en deze visie valt vooral te beluisteren bij voormalige ziekenfondsen. Voorop staat de publieke taak voor het uitvoeren van een op solidariteitsoverwegingen neergezette collectieve basisverzekering en de zorgverzekeraar wil in zijn inkoopbeleid nadrukkelijk de behoefte aan zorg als uitgangspunt nemen. Een dergelijke visie (needs based) kan soms op gespannen voet komen te staan met de gewenste eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de individuele burger (demands based) maar kan daarnaast weer wel rekenen op de sympathie van de meeste zorgaanbieders.

De hierboven tegenover elkaar gestelde optieken komen in werkelijkheid natuurlijk steeds in combinatie voor. Ze schetsen de verschillende belangen die zorgverzekeraars anno 2007 met elkaar dienen te verbinden, de economische rationaliteit van het optimaliseren van het bedrijfsresultaat binnen de gegeven financiële spelregels, het acteren op een zorgverzekeraarmarkt waarbij gereageerd dient te worden op de voorkeuren van de consument en het in stand houden van een constructieve relatie met de zorgverleners waarmee contracten worden gesloten. Het versterken van preventie

binnen de zorg vereist dat op elk van deze drie speelvelden afzonderlijk en als trio, economische en maatschappelijke belangen congruentie gaan vertonen. In de ideale situatie zet de burger, consument, patiënt de overtuiging van het nut van preventie om in een actieve vraag, de zorgverleners verstrekken preventie als een geïntegreerd onderdeel van hun activiteiten en de financiële prikkels voor de verzekeraar liggen zo dat een positionering als “health agent” uiteindelijk ook lonend is.

## **Wat wordt verstaan onder preventie**

Evenals het spreekwoord “voorkomen is beter dan genezen “ op veel verschillende manieren kan worden gebruikt is ook het begrip preventie minder eenduidig dan wenselijk zou zijn voor het categoriseren van zorgverleningactiviteiten naar financieringsvorm. Al eerder is aangegeven dat de klassieke begrippen primaire, secundaire en tertiaire preventie stoelen op het moment van ingrijpen in het ontwikkelingsproces van een aandoening, waarbij achtereenvolgens sprake is van een periode van verhoogd risico, eerste detecteerbare pathofysiologische veranderingen, eerste voor de patiënt waarneembare verschijnselen, en een beloop dat al dan niet nog beïnvloedbaar is. Hoewel deze logica redelijk opgaat voor infectieziekten en diverse vormen van kanker blijkt met de toenemende kennis over de wisselwerking van risicofactoren, het ontstaan van pathofysiologische verschijnselen, het ontstaan van klinische verschijnselen en beïnvloedbaarheid van het beloop, dat in de praktijk het verloop van ziekten in hun ontstaan en chronisch grilliger verloopt. De interactie tussen genetica, omgevingsfactoren en gedrag in het veroorzaken van ziektes verloopt veelal niet rechtlijnig in de tijd en dit gegeven, gekoppeld aan de sterk toegenomen mogelijkheden van diagnostiek, maakt preventie steeds meer tot een geïndividualiseerde vorm van risicomanagement waarbij risico's tevens sterk situationeel bepaald zijn. De eenduidige boodschap van preventie wordt daarmee steeds gedifferentieerder naar de omvang van een risico voor een bepaald individu op een bepaald moment in een bepaalde situatie. Ook de zin van vroege opsporing van pathofysiologische veranderingen, in de wetenschap dat behandelingsmogelijkheden beperkt zijn, stelt ethische vragen over de zin en onzin van preventie. Ook is het een misvatting te veronderstellen dat preventie ophoudt wanneer de ziekte is aangetoond. Juist wanneer een ziekte zich door klinische verschijnselen manifesteert bestaan bij met name chronische ziekten nog allerlei mogelijkheden om de ernst en snelheid van het beloop te beïnvloeden, ook deze vorm van preventie verdient alle aandacht. Grosso modo lijkt het dat een groot aantal vormen van tertiaire en secundaire preventie in principe voor betaling vanuit de zorgverzekering in aanmerking dienen te komen aangezien ze met evenveel argumenten als reguliere vormen van diagnostiek en behandeling kunnen worden gezien. Daarmee wordt dan het ziektebegrip opgerekt naar het onderkennen van ziektes die nog niet klinisch manifest zijn. Het “labellen” dat hiermee plaatsvindt is hiermee ongewenst en op zich een argument om liever te spreken van vormen van preventie in de verzekering (vroeg diagnostiek en voorkomen van verslechtering bij chronisch zieken) dan dit alles onder de noemer “ziekte” te brengen enkel en alleen omdat de financieringslogica op het dekken van ziektekosten gebaseerd is. Juist door preventieve interventies concreet te benoemen en naar de evidence erachter te kijken kunnen pakketbeslissingen worden genomen waarbij diverse vormen van preventie een integraal onderdeel dienen uit te maken van de verzekerde zorg. De grenzen tussen primaire en secundaire preventie zijn door de verfijnde diagnostische mogelijkheden steeds meer in elkaar aan het schuiven en met deze begrippen valt dan ook niet duidelijk aan te geven wat wel en wat niet tot de verzekerde zorg dient te behoren. Dat het thema hoogst actueel is bleek onder andere uit de recente behandeling van de begroting van VWS door minister Hoogervorst op 18 januari 2007 waarbij het belang van preventie volop werd onderstreept maar met hantering van de begrippen primaire en secundaire preventie op kamervragen niet duidelijk kon worden aangegeven of en welke vormen van preventie vanuit de (basis)verzekering vergoed dienden te worden. Een andere veelgebruikte indeling stelt gezondheid centraal en beschouwt preventieve acties vooral vanuit de rol van de overheid. In het verlengde van artikel 22 van de grondwet gaat deze indeling uit van gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Gezondheidsbescherming en bevordering appelleren vooral aan activiteiten gericht op een groot publiek die voortkomen vanuit de publieke

verantwoordelijkheid van de overheid. In de hier gevoerde discussie over de rol van de verzekeraars gaat het vooral om op ziektepreventie, gerichte vormen van preventie waarbij tevens van gerichte gezondheidsbevordering sprake kan zijn wanneer de risicosituatie van een individu daar aanleiding toe geeft. Het is dus zeker niet de bedoeling dat verzekeraars zich in hun "health agent" rol opeens gaan bezig houden met het aanleggen van riolering, problemen rond fijn stof en het opzetten van landelijke niet-roken en gezond-vrijen campagnes. Wel zou de discussie moeten gaan om die vormen van ziektepreventie waarvan bewezen is dat ze effectief zijn bij een personen met een verhoogd risico. Juist nu we op basis van steeds meer kennis, risico's van individuen beter kunnen inschatten, moeten de mogelijkheden van financiering van effectieve preventie worden vergroot. Dit betreft dan de vergoeding van gericht diagnostisch onderzoek op basis waarvan in combinatie met kennis over lifestyle en eventuele andere aandoeningen van een persoon zelf of binnen diens familie een gerichte risico-inschatting kan plaatsvinden welke dan weer gekoppeld dient te zijn aan behandelmethoden. Bij de behandelmethoden dienen vooral de mogelijkheden voor ondersteuning bij het realiseren van gedragsverandering te worden gestimuleerd. Het is op zijn zachtst gezegd raar dat diagnostiek van de risicofactor hoge bloeddruk en de daaraan gekoppelde behandeling met geneesmiddelen wel wordt vergoed, terwijl hier strikt genomen niet sprake is van een ziekte, terwijl diverse programma's gericht op het veranderen van beweeg, voeding en rookpatronen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Het lijkt erop dat diagnostische testen en geneesmiddelen gemakkelijker de barrières van toelating tot de verzekerde zorg weten te slechten dan activiteiten gericht op gedragsbeïnvloeding. Een recent rapport van het Rivm waarin de omvang van de psychische problematiek in Nederland wordt geschetst alsmede de mogelijkheden tot bewezen effectieve preventie, is evenzooer een illustratie van de voorkeur voor een medicamenteuze aanpak wanneer het gaat om de preventie van het erger worden van bijvoorbeeld een depressie.

Op basis van de beschikbare evidence lijkt een evenwichtiger vergoedingenbeleid van acties die als secundaire of tertiaire preventie kunnen worden gelabeld, voor de hand. Onderkennen van risicofactoren bij individuen, diagnostiek van pathofysiologische verschijnselen die nog niet tot manifeste klachten hebben geleid gekoppeld aan bewezen effectieve interventies zowel gericht op gedragsverandering als waar zinvol medicamenteuze behandeling vormen de ingrediënten van het debat over preventie op recept.

## **Wie schrijft het preventie recept**

Veel preventie activiteiten zullen burgers uit zichzelf ondernemen vanuit de eigen gezondheidskennis en wil om gezond te blijven. Gezond eten, bewegen, niet roken, matig alcohol gebruik, veilig vrijen, het zijn allemaal thema's waarbij mede gesteund door landelijke voorlichtingscampagnes burgers hun eigen verantwoordelijkheid nemen. Voor hen is preventie op recept niet bedoeld. Preventie op recept is bedoeld voor die burgers bij wie een door de verzekeraar gecontracteerde zorgverlener als tussen persoon optreed bij het inventariseren van het risicoprofiel met behulp van gerichte diagnostiek en het "recept" bedoeld is om de betrokken persoon naar een bewezen effectieve vorm van preventie te verwijzen. Dat kan bestaan uit stoppen met roken programma's, strikte begeleiding van diabetes patiënten om door verbetering van de life style de behoefte aan insuline terug te brengen, bewegprogramma's voor mensen met overgewicht, internettherapie voor personen met een beginnende depressie. Er zijn diverse voorbeelden te geven van zinvolle preventieve interventies bij personen met een verhoogd risico. Het uitschrijven van een recept vervult daarbij verschillende functies. In de eerste plaats veronderstelt het dat eerst een zorgvuldige inschatting van het individuele risicoprofiel is gemaakt. In de tweede plaats vindt zo gericht in consultatie met de betrokkenen verwijzing plaats. Dit zijn precies de twee stappen die ook de logica vormen van het behandelen van personen met een ziekte met een bepaalde ingreep of medicatie. De infrastructuur van de bestaande zorgverleners (huisarts, specialist, jeugdarts, bedrijfsarts) wordt gebruikt om personen met een verhoogd risicoprofiel te identificeren, hierover in gesprek te geraken en betrokkene te motiveren tot gerichte preventieve interventies. Daarmee wordt preventie niet langer als een vrijblijvend advies beschouwd maar vormt het een volwaardig en integraal onderdeel van de reguliere



zorgverlening waarbij het natuurlijk aan de burger zelf is om hier wel of niet gebruik van te willen maken. Wanneer we de op basis van vele nota's te behalen gezondheidswinst willen verzilveren en verzekeraars worden geprikkeld met zorgaanbieders hierover afspraken te maken, past een meer assertieve benadering vanuit de zorg. Deze assertieve houding komt voort uit een legitieme professionele verantwoordelijkheid die eerder als zorgzaam dan als paternalistisch en medicaliserend moet worden geduid. Een versterking van de preventie via de cure en care tast de eigen verantwoordelijkheid van de burger niet aan. Integendeel, juist hierdoor wordt de burger in staat gesteld de eigen verantwoordelijkheid op basis van door de professionals aangereikte kennis te nemen. De belangstelling voor gezondheid en ook voor preventie kennis is groot en commerciële initiatieven rond zelftesten komen niet voor niets steeds meer van de grond. Juist om deze nieuwe mogelijkheden op hun juiste waarde te hanteren en te interpreteren verdient het de voorkeur dat deze preventie wordt vormgegeven als een verlengstuk van de reguliere gezondheidszorg. Dat kan de huisarts zijn, maar ook een specialist in het ziekenhuis, een verpleeghuisarts, een jeugdarts of een bedrijfsarts. Voor de uitvoering van de preventieactiviteiten is ook een breed scala van andere zorgverleners aanwezig die gezamenlijk met de arts aan de preventie vorm kunnen geven zoals de praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige bij de huisarts, de verpleegkundige, nurse practitioner en physician assistant in het ziekenhuis, de GVO'er, diëtist, fysiotherapeut, ergotherapeut en de psycholoog in de eerste lijn en de verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg. Kort samengevat zijn er voldoende geschikte competenties bij thans bestaande zorgverleners in de cure en de care aanwezig om verschillende vormen van preventie op recept op een adequate wijze vorm te geven. Op voorhand is het niet mogelijk aan te geven wie de bevoegdheid dient te hebben om welk recept uit te schrijven. Het past bij de verdergaande flexibilisering van de beroepenstructuur in de zorg om dit niet eenduidig centraal vast te leggen maar eerder verzekeraars de ruimte te geven met die partijen afspraken over het leveren van preventie op recept te maken die hier aantoonbaar voor zijn gekwalificeerd. Op de markt van preventie kunnen verschillende aanbieders actief zijn zolang samenhang met de rest van de zorg maar is gegarandeerd.

## **Wat staat er op het preventierecept**

Hierboven zijn aan een aantal risicogebieden genoemd waar een preventierecept een rol zou kunnen spelen. Bij roken gaat het om effectieve stoppen met roken interventies waarvan een deel momenteel wel en een ander deel niet wordt vergoed. Bij voeding en beweging gaat het om meer dan de thans bestaande vergoeding voor een aantal sessies bij een diëtist en zou na een gerichte evaluatie van programma's zoals Big Move in Amsterdam en BOR (bewegen op recept) in Den Haag gekeken kunnen worden hoe en onder welke condities soortgelijke programma's in de toekomst structureel gefinancierd kunnen worden. Bij diabetes gaat het om gerichte begeleiding bij het doorvoeren van lifestyle veranderingen en bij depressie is eveneens sprake van diverse interventies waarvan voor diverse de effectiviteit al is bewezen. Op basis van de bestaande literatuur over effectieve preventieve interventies zoals o.a. opgesteld door het Rivm (VTV 2006) en TNO zou gericht een lijst gemaakt kunnen worden van potentieel voor vergoeding in aanmerking komende preventieve interventies op recept. De onderbouwing hierbij bestaat steeds uit de combinatie van bewezen effectiviteit bij het bestaan van bepaalde risico's. Daarbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat bepaalde risico's zich cumuleren bij bepaalde bevolkingsgroepen. In het begin van dit essay werd erop gewezen dat preventie en het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen de grote uitdagingen voor de Nederlandse gezondheidszorg vormen wanneer gestreefd wordt naar een maximale gezondheidswinst voor de hele bevolking. Dit impliceert dat de organisatie van preventieve interventies zich ook in de cure en care, aanvullend op het aanbod vanuit de openbare gezondheidszorg, zich primair zou dienen te richten op de groepen met de grootste risico's. Initiatieven van bijvoorbeeld huisartsenpraktijken en gezondheidscentra in achterstandsbuurten om daar ook groepsgericht bij hoogrisico groepen preventieve interventies aan te bieden verdienen vanuit deze gedachte dan ook alle steun. Ook hier zou de betrokkenheid van de verzekeraar idealiter zo dienen te zijn dat de verzekeraar aanbieders ondersteund om juist dergelijke initiatieven te nemen en de gerealiseerde potentiële gezondheidswinst

ook economisch winstgevend voor betrokkenen is. Het preventierecept geldt in deze visie primair voor hoog risico-individuen maar bij een cumulatie van hoogrisico individuen in bepaalde groepen verdienen ook groepsgeoriënteerde op gezond gedrag gerichte interventies verzekerd te zijn.

## Preventie in de basisverzekering

De basisverzekering is opgezet om voor alle Nederlanders de garantie te bieden dat zij voor vergoeding van alle noodzakelijke zorg in aanmerking komen. In de praktijk komt dit neer op een naar Europese maatstaven vrij breed pakket aan eerste lijns- en tweede-lijns voorzieningen waarbij de grensgebieden worden gevormd door bepaalde vormen van tandheelkundige zorg, IVF, fysiotherapie en dure medicatie. Grosso modo wordt de meest voorkomende huisartsenzorg en ziekenhuiszorg vergoed. Door het verzekeringskarakter worden risico's gedeeld. Dit delen wordt zowel uitgerekend op basis van actuariële gegevens, de schadelast benadering, als georganiseerd naar politieke opvattingen over onderlinge solidariteit. In het oude ziekenfondsstelsel, wat betrekking had op ongeveer tweederde van de bevolking met een deelname gekoppeld aan het inkomen, bestond een directe koppeling tussen het vaststellen van de ziekenfondspremies en de inkomenspolitiek. In de nieuwe wet op de zorgverzekering heeft men geprobeerd deze twee zaken te scheiden en is sprake van aparte wetgeving op basis waarvan mensen die een substantieel deel van hun inkomen aan de zorgpremie uitgeven gecompenseerd kunnen worden via de belastingen.

Voor het opnemen van "preventie op recept" voorzieningen in de basisverzekering gelden in essentie geen andere criteria dan voor opname van andere zorgvoorzieningen. De criteria van de trechter van Dunning: gemeenschapsgerichtheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en voor eigen rekening en verantwoording zijn onlangs door het College voor zorgverzekeringen geherformuleerd in het kader van pakketbeheer. De thans gehanteerde pakketprincipes zijn noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Deze pakketprincipes kunnen alle op preventie op recept interventies worden toegepast. Het principe van noodzakelijkheid kan vertaald worden in de vraag of het probleem waarop de preventie zich richt maatschappelijk in aard en omvang van voldoende importantie is om een claim op solidariteit te doen. Ijkpunt hiervoor kan wederom de VTV zijn en natuurlijk de preventienota's van de rijksoverheid. Thema's zoals het bestrijden van roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik alsmede de preventie van diabetes en depressie lijken zonder meer door deze pakketzeef heen te komen.

Voor de effectiviteit kan terug worden gevallen op bestaande studies zoals die onder andere in het kader van de diverse preventie programma's van ZON/MW in Nederland zijn uitgevoerd. In vergelijking met geneesmiddelenonderzoek is het leveren van hard bewijs over de effectiviteit van preventieve interventies veelal wat gecompliceerder omdat het meestal niet om enkelvoudige maar juist om meervoudige interventies gaat. Om het gezondheidsgedrag van mensen te veranderen zijn juist verschillende interventies op diverse momenten nodig en zo'n programmatische aanpak valt als interventie in een experimentele setting moeilijker te standaardiseren dan het toedienen van een geneesmiddel. Ook de eindmaten zijn bij preventieonderzoek soms wat minder hard. Een programma kan resulteren in een verlaagde BMI of stoppen met roken of drinken maar welke zijn de effecten op de langere termijn?

Toch moeten we hier niet te pessimistisch over zijn en is het vertrouwen gerechtvaardigd dat diverse interventies deze pakketzeef kunnen passeren.

De kosteneffectiviteit is op zich ook goed te berekenen wanneer de effectiviteit gegeven is. Hoewel in de te hanteren tijdshorizon en het toerekenen van kosten een paar extra methodologische afspraken wellicht nodig zijn, moeten hier in principe geen problemen ontstaan en lijkt het dat preventie op de lange termijn bij het reduceren van risico's met grote gezondheidsconsequenties veelal kosteneffectief is. Ook hier geven de VTV rapportages en de publicaties over kosten van ziekten al de nodige handreikingen en helpt het nieuw ontstane onderzoeksveld van public health economics de kosteneffectiviteit van preventie te onderbouwen.

Het laatste principe tenslotte betreft de vraag of een bepaalde preventieve interventie op recept uitvoerbaar is. Hierbij staat de vraag centraal of het nu en later haalbaar is om de interventie op te nemen in het pakket. Een interventie kan op zich kosteneffectief zijn

maar is daarmee nog niet noodzakelijkerwijs financieel haalbaar gegeven de mogelijke omvang van de toepassing. Ook de praktische uitvoerbaarheid van de beheersing van de indicatiestelling speelt hierbij een rol. In wezen vormt dit vierde principe de keerzijde van het voormalige vierde criterium van Dunning waarbij de vraag centraal stond of een bepaalde interventie voor eigen rekening en verantwoording van de verzekerde kon worden genomen. Financiële haalbaarheid en uitvoerbaarheid vanuit de collectieve kosten versus financiële haalbaarheid en uitvoerbaarheid vanuit de individuele portemonnee. De vraag bij het Dunning criterium was of de kosten dusdanig zijn dat verzekering op kosten gronden noodzakelijk is. Dit punt zal weer sterk samenhangen met de inkomenspositie van de betrokkenen. Hoewel enerzijds een eigen bijdrage ook als onderdeel van het motiveren tot deelname aan een gedragsgerichte interventie kan worden gebruikt, moet anderzijds niet te licht worden gedacht over drempel die het zelf betalen kan opwerpen. Diverse preventie interventies lijken, met waarborging van de indicatiestelling door het "op recept" karakter, met een beperkte eigen bijdrage, ook door deze pakketzeef te kunnen komen, zowel in de oude betekenis van Dunning als de meer recente interpretatie van het CVZ.

## **Preventie in het aanvullende pakket**

Anders dan bij de discussie over de basisverzekering geldt bij de discussie over opname van preventie op recept in het aanvullende pakket geen principiële beperking op basis van collectiviteitsoverwegingen. In principe zullen verzekeraars alle preventieve interventies in pakketten willen aanbieden waar bij de (potentiële)verzekerden belangstelling voor bestaat mits een en ander in de premiestelling kan worden meegenomen. De markt van de aanvullende verzekering zal zich richten op preventie wanneer daar vraag naar lijkt te bestaan. In tegenstelling tot de discussie over het basispakket waar de criteria van Dunning tot een expliciete weging van individuele preventie interventies nopen, kan in het aanvullend pakket van alles worden aangeboden. Het gevaar bestaat hier veeleer dat op basis van de oneindige vraag naar gezondheid voorziening worden aangeboden die pretenderen daaraan bij te dragen maar waarvan het maar de vraag is of dat zo is. Dat dit gevaar van een verdere explosie van preventie activiteiten op de markt van gezondheid en polissen niet ondenkbaar is blijkt uit de reclame uitingen van verzekeraars gedurende de afgelopen twee jaar. In diverse commercials wordt gerefereerd aan fitness, gezond gedrag, gezonde boter en health checks waarbij de marketing overwegingen minstens zo belangrijk lijken als de juistheid van de gezondheidsboodschap. Hier speelt dus niet zozeer de discussie hoe preventie in het pakket te krijgen maar eerder de vraag hoe te waarborgen dat het preventie aanbod in de aanvullende pakketten zinvol is. Het toenemende aanbod van diagnostische testen voor gezondheidsscreening en gezondheidsinterventies vraagt om een kritische beoordeling. De Inspectie voor de Volksgezondheid heeft hierover al de eerste signalen afgegeven, maar het zou ook primair de verantwoordelijkheid van de verzekeraars zelf dienen te zijn om zorgvuldig met het thema preventie om te gaan. Juist wanneer de eisen tot opname in het basispakket om een rationele beoordeling vragen langs de lijnen van effectiviteit en kosten effectiviteit, zou het aanbod in de aanvullende verzekering hierbij dienen aan te sluiten en ligt er ook een gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid om de beperkte capaciteit aan zorgverleners optimaal te benutten.

## **Hoe organiseren we de verzekering en het aanbod van preventie.**

Wanneer de assumpties in het eerdere betoog worden gevolgd en verzekeraars in de rol van "health agent" worden geplaatst en door opname in de basisverzekering en de aanvullende pakketten de mogelijkheid wordt versterkt tot het inkopen van 'preventie op recept' zal dat alleen werken bij een adequate organisatie van het aanbod van preventie en de financiering ervan. Voor de organisatie van het aanbod heb ik hierboven al aangegeven dat de voorkeur zou moeten uitgaan naar het integreren van de hier bedoelde vormen van preventie in de cure en care in goede afstemming met het preventie aanbod van de openbare gezondheidszorg. Preventie is niet langer een eigenstandige kolom die voorafgaat aan de curatieve zorg, de care en de maatschappelijke ondersteuning. Naar de aard van de huidige preventie activiteiten kan



een belangrijk deel “op recept” geschieden parallel aan en complementair met de reguliere zorgverlening. Dat geldt voor preventie gericht op het voorkomen van gezondheidsklachten bij personen met een hoog risicoprofiel maar zeker ook voor preventie activiteiten bij personen met chronische ziekten zoals diabetes, COPD en hartfalen. Versterking van preventieactiviteiten in de eerste en tweede lijn kan op allerlei manieren en vraagt vooral om het waarderen en borgen van de vele initiatieven die op dit terrein worden genomen. Hierbij dient niet een enkele beroepsgroep of setting het primaat te hebben.

Voor de financiering zijn verschillende modaliteiten denkbaar. In de bekostiging van de verzekeraar naar de aanbieder kunnen gerichte preventievoorzieningen onderdeel uitmaken van de onderlinge afspraken en kan de bekostiging geïntegreerd worden in de bestaande bekostigingsmethodieken voor bijvoorbeeld huisartsen en ziekenhuizen. Zo kan preventie ook een integraal onderdeel uitmaken van daartoe geschikte DBC's en kan de preventiecomponent worden meegenomen in de in ontwikkeling zijnde keten DBC's. Voor het inbouwen van financiële prikkels voor de verzekeraar is al eerder gewezen op de ideeën voor een preventiefonds en/of een transferbedrag voor verzekerden die overstappen van de ene naar de nadere verzekeraar. Het uiteindelijke doel van de in te bouwen prikkel dient te zijn dat het lonend wordt voor een verzekeraar om actief te investeren in preventie en daarmee in de gezondheid van zijn verzekerden. Ook het vereveningsfonds biedt eventueel mogelijkheden voor het geven van prikkels. Naast het presteren op de markten van polissen en zorginkoop lijkt ook een groot deel van het strategisch gedrag van verzekeraars beïnvloed te worden door juist de vereveningssystematiek van de centrale kas. Deze is primair bedoeld om de risico's tussen verzekeraars te verevenen en wordt veelal beschouwd als een technische exercitie. Echter, evenzeer als in het verleden het ziekenfondsstelsel sterk gekoppeld is aan de politieke doelstelling van inkomensverdeling kan in theorie de vereveningssystematiek ook worden gebruikt voor het compenseren van gezondheidsrisico's op basis van de sociaal economische status van de verzekerden populatie van een bepaalde verzekeraar. Er zou juist een bonus gesteld kunnen worden op het hebben van relatief veel verzekerden met een lage SES om juist voor de risicogroepen extra preventie initiatieven te ontplooiën. Dit is natuurlijk bovenal een politieke keuze maar een die een discussie waard is wanneer de uiteindelijke sturing van het gezondheidszorgsysteem gericht is op het doel van het optimaliseren van de gezondheid van de Nederlandse bevolking.

## **Conclusies en aanbevelingen**

Wanneer het bevorderen van de gezondheid van alle Nederlanders door een adequate toegankelijkheid en kwaliteit van zorg binnen financieel verantwoorde randvoorwaarden het publieke doel is van het gezondheidszorgsysteem is een logische vervolgstap de verzekeraar in het nieuwe zorgstelsel niet alleen te zien als een ziektekostenverzekeraar maar ook als een gezondheidsverzekeraar. In dit essay is in navolging van de VTV betoogd dat juist door het versterken van preventie de gezondheidsdoelen kunnen worden gerealiseerd. Een belangrijk deel van deze preventie activiteiten kan via de bestaande zorgverleners in de eerste en tweede lijn worden aangeboden (preventie op recept) complementair aan de preventie activiteiten in de openbare gezondheidszorg. In zijn rol van “health agent” kan de verzekeraar via zijn inkoopbeleid het versterken van de preventie functie in cure en care bevorderen. Daarvoor bestaan enerzijds mogelijkheden door opname van gerichte preventie-op-recept interventies in het basispakket na toetsing aan de criteria van Dunning en anderzijds kansen via de aanvullende verzekeringen. Daarbij is het zaak dat preventie niet alleen als instrument voor marketing wordt gezien maar er gerichte prikkels voor verzekeraar in de financieringssystematiek gaan ontstaan waardoor het lonend wordt in preventie te investeren.

De transitie van ziektekostenverzekering naar gezondheidsverzekering is mogelijk, maar vraagt om een systeeminrichting gericht op gezondheid waarbij voorkomen inderdaad beter is dan genezen.

## Literatuur

de Hollander AEM et al.(2006) Zorg voor gezondheid; Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Houten/Bilthoven, BSL/Rivm [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)

Meijer SA et al (2006) Gezond verstand: Evidence based preventie van psychische stoornissen. Rivm 2006

Volksgezondheid en zorg. Advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Rvz, 2001

Publieke gezondheid. Advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Rvz, 2006

Recept voor morgen; een frisse blik op betere zorg voor chronisch zieken. Eindrapport van de Nationale Denktank 2006

Publieke Gezondheid Agenda 2007-2011. Een waaier van mogelijkheden om te kiezen voor gezondheid. Stichting Public Health Forum, 2006

Economie van de volksgezondheid. Katern van het Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen (TSG) 2006, nr5

Mackenbach JP, Maas van der PJ, Volksgezondheid en gezondheidszorg. Elsevier gezondheidszorg, derde druk 2004

Pakketbeheer in de praktijk. College voor zorgverzekeringen, december 2006 (publicatienummer 245)



prof. dr. Pim Assendelft

# Het preventieve aanbod in de eerstelijns

Door: Pim Assendelft, *hoogleraar eerstelijns geneeskunde*

De tijd is rijp.

Er is toenemende aandacht voor preventie. Daarbij wordt er naar gestreefd om steeds vroeger in het ziekteproces in te grijpen (zie o.a. het essay van Trudi van den Bos) en wordt de rol van leefstijl in preventie steeds duidelijker. Het is een belangrijke vraag wie de preventie het best kan aanbieden. De preventie moet voor iedereen gelijk toegankelijk zijn en laagdrempelig worden aangeboden.

De huisarts is reeds bij een aantal indicaties op verschillende manieren bij preventie betrokken. De eerstelijns kenmerkt zich door fysieke nabijheid, contextgerichtheid, laagdrempeligheid en doelmatigheid en is daardoor uitermate geschikt om een prominente rol in preventie te spelen. Door recente ontwikkelingen lijkt de eerstelijns hiervoor ook beter toegerust dan enige jaren geleden. Op dit moment onderschrijven zowel de professionele eerstelijnsorganisaties als de patiëntenorganisaties en de politiek het belang van de eerstelijns in preventie. De tijd lijkt nu dus rijp voor het verder invullen van deze rol. Daarbij moet nog aan een aantal randvoorwaarden verder worden gewerkt. Ook vereist het huidige preventie-denken voor de eerstelijns een paradigmashift: van vraaggestuurd naar pro-actief en programmatisch. Het is het niet moeilijk voorstelbaar welke belangrijke bijdrage de geïntegreerde eerstelijns kan leveren. In deze bijdrage wordt bovenstaande visie nader onderbouwd.

## Huidige positie van de huisarts in preventie

In Nederland is vrijwel iedereen ingeschreven bij een huisarts. Deze heeft praktijk in de buurt van de patiënt en is zonder financiële drempels te consulteren. Meer dan 96% van de hulpvragen wordt in de huisartsenpraktijk zelf afgehandeld (Cardol, 2004).

Gemiddeld vier keer per jaar bezoekt een patiënt de praktijk, met een nieuwe vraag over de gezondheid of voor controle van een bestaande chronische ziekte. De huisarts is dossierhouder van de patiënt. De huisartsinformatiesystemen en de uniforme codering (ICPC (Okkes, 2002)) maken het mogelijk om op basis van leeftijd, aandoeningen of geneesmiddelengebruik patiëntencategorieën voor preventie te selecteren.

Door de rol als “levensloop- en gezinsarts” kunnen ook moeilijk bespreekbare onderwerpen, zoals de consequenties van genetisch onderzoek of de risico’s van vervolgonderzoek, aan de orde worden gesteld. De huisarts is vaak de eerste die een voor de patiënt ongunstige boodschap opvangt. Groepen die voor preventie vaak moeilijk toegankelijk zijn, zoals ouderen, allochtonen en patiënten met een laag sociaal-economische status, zijn door spreekuurbezoek en inschrijving op naam voor de huisarts goed bereikbaar.

Deze centrale positie in de gezondheidszorg brengt met zich mee dat de huisarts op verschillende manieren aan preventie werkt. Vaak wordt preventie onderscheiden in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Deze “klassieke” indeling maakt het echter moeilijk om de plaats van de huisarts in de preventie nader toe te lichten. Onder primaire preventie vallen activiteiten die voorkómen dat een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval ontstaat. De doelgroep bij primaire preventie zijn gezonde mensen. Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord. De ziekte of afwijking kan daardoor eerder worden behandeld, zodat de zieke eerder geneest of de ziekte niet erger wordt. De doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte is bij deze personen echter nog niet vastgesteld.

Bij tertiaire preventie (valt vaak onder de zorg) worden complicaties en ziekteverergering voorkomen (Witte, 2006). Lastig genoeg wordt het behandelen van risicofactoren bij patiënten met reeds een doorgemaakt “event” in de dagelijkse praktijk, inclusief richtlijnen, vaak secundaire preventie genoemd, terwijl eigenlijk tertiaire preventie bedoeld wordt. Daarnaast gaat de indeling alleen uit van ziek versus niet-ziek, terwijl preventie in de praktijk vaak uitgaat van een verhoogd risico of het hebben van enige verschijnselen, maar misschien nog niet het hele ziektebeeld. In de preventie in de

geestelijke gezondheidszorg maakt men gebruik van een andere indeling, die het beschrijven van de preventieve activiteiten in de eerstelijns mogelijk inzichtelijker maakt, met name omdat de "primaire preventie" verder wordt uitgewerkt (Bohlmeijer en Cuijpers, 2001) (zie tabel 1).

#### - Tabel 1 -

Soorten preventie, aanpassing van het model van Mrazek en Haggerty (Bohlmeijer & Cuijpers, 2001)

- Universele preventie. Deze is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor.
- Selectieve preventie. Deze is gericht op individuen of een subgroep van de populatie waarbij de kans op het ontwikkelen van een psychische probleem aanzienlijk groter is dan gemiddeld.
- Geïndiceerde preventie. Deze is gericht op individuen die niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een psychische stoornis, maar wel al beperkte symptomen hebben die voorafgaan aan de stoornis. Waar voor selectieve preventie nog geen problemen aanwezig hoeven te zijn, is dit voor geïndiceerde preventie wel het geval.
- Zorggerichte preventie. Deze is gericht op mensen die daadwerkelijk een aandoening volgens de gangbare criteria. De preventieve interventies voor deze groepen bestaan bijvoorbeeld uit het voorkomen van co-morbiditeit en het verminderen van de consequenties van de aandoeningen voor mensen in de directe omgeving.

Van de diverse vormen van preventie worden enkele voorbeelden gegeven. Bij de baarmoederhalskankerscreening is de huisarts de uitvoerder (*universele preventie*). Uit onderzoek is gebleken dat hierdoor de opkomst duidelijk hoger was dan bij alternatieve strategieën (Hoeijmans, 2005). Bij de borstkankerscreening, ook een vorm van universele preventie, motiveert de huisarts tot deelname, geeft de huisarts de uitslag door en zorgt voor opvang en doorverwijzing bij een ongunstige uitslag (Hoeijmans, 2005). In de plannen rond dikkedarmkankerscreening wordt aan de huisarts in dezelfde rol als bij de borstkankerscreening toebedacht (de Visser, 2005). Het elektronische patiëntendossier en de laagdrempeligheid zorgen er bijvoorbeeld voor dat de griepvaccinatie in Nederland internationaal gezien een ongekend hoge dekkingsgraad onder de hoogrisicogroepen heeft (Hak, 2000). In de NHG-Standaard Diabetes mellitus staat dat Hindostanen vanaf 35 jaar een bloedsuikerbepaling moet worden aangeboden (*selectieve preventie*). Een ander voorbeeld van selectieve preventie is het geven van beweegadviezen aan vrouwen die vroegtijdig in de overgang zijn gekomen (NHG-Standaard de Overgang). In veel standaarden op het gebied van cardiovasculaire aandoeningen en aandoeningen van de luchtwegen (astma, COPD) staat het advies om bij aanwezigheid van de aandoening extra aandacht te besteden aan stoppen met roken. Dit is een vorm van *zorggerichte preventie*. Ook beperken van overgewicht en bevorderen van lichaamsbeweging komt als advies bij aanwezigheid van ziekten geregeld terug. In de standaard Depressie wordt aan patiënten met mild-depressieve klachten geadviseerd om een vast dagschema aan te houden, lichaamsbeweging te nemen en onderliggende problemen te inventariseren. Het is de verwachting dat hierdoor ontwikkeling naar een ernstige depressie wordt voorkomen, zodat niet met medicatie of gesprekstherapie hoeft te worden begonnen. Veel NHG-Standaarden kennen een apart beleid bij milde klachten of bij ziektebeelden die nog niet geheel aan de criteria voldoen. Dergelijk "step-up"-beleid is een vorm van geïndiceerde preventie.

### Recente ontwikkelingen in de eerste lijn

Het klassieke beeld van de huisarts was een mannelijke, solistische huisarts waarvan de vrouw in de praktijk de telefoon opnam. Later kreeg de huisarts een assistente, waaraan ook steeds meer taken werden gedelegeerd. Een solistisch werkend huisarts met een assistente is waarschijnlijk onvoldoende in staat om grootschalig programmatische preventieve activiteiten uit te voeren. De eerstelijns is echter volop in beweging, met als trefwoorden schaalvergroting, samenwerking in de eerstelijns en verdere taakdelegatie. In de Toekomstvisie Huisartsenzorg van 2002 van het Nederlands Huisartsen Genootschap

(NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) wordt duidelijk aangegeven dat deze factoren onontbeerlijk zijn om ook op langere termijn een toegankelijke, hoogkwalitatieve eerstelijns te garanderen.

*Schaalvergroting en samenwerking.* In bijna de helft van de huisartspraktijken in Nederland werken twee of meer huisartsen samen. Het aantal duo-of groepspraktijken is toegenomen van 36% in 1994 tot 49% in 2004. In Nederland zijn ruim vierduizend huisartspraktijken. Op ruim een kwart van de praktijkadressen van huisartsen is ook een apotheker, verloskundige, fysiotherapeut of oefentherapeut gevestigd. De combinatie huisarts-fysiotherapeut (18%) en huisarts-apotheker (10%) komen het meeste voor (Kenens, 2006). De lokale tendens tot meer samenwerking tussen huisartsen onderling, maar ook tussen huisartsen en andere eerstelijnsverleners wordt ondersteund door regionale en landelijke ontwikkelingen. De regionale ondersteuningsstructuren voor huisartsen zijn omgevormd tot organisaties die de gehele eerstelijns moeten ondersteunen (ROSSen). De Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG) is overgegaan in een nieuwe, bredere organisatie met dezelfde afkorting: de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, die fungeert als koepel voor de ROSSen. Tenslotte hebben 9 landelijke beroepsorganisaties die zich bezig houden met richtlijnontwikkeling en de inhoudelijke ondersteuning van het kwaliteitsbeleid in de eerste lijn het Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO) opgericht.

*Taakdelegatie.* Binnen de praktijk delegeren huisartsen steeds meer aan hun doktersassistente, zoals het zelfstandig maken van uitstrijkjes en meten van bloeddruk. Sinds 2000 werken daarnaast ook praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk. Praktijkondersteuners zijn meestal praktijkverpleegkundigen of praktijkassistenten met een aanvullende opleiding op hbo-niveau. Praktijkondersteuners werken voor meerdere huisartsen en worden vooral ingezet voor de begeleiding van mensen met een chronische ziekte (bijvoorbeeld diabetes, hoge bloeddruk). In 2006 had 70% van de huisartsenpraktijken een ondersteuner (Schellevis, 2006; Berg, 2006). Het is te verwachten dat dit percentage nog verder toeneemt.

## **Preventie in eerstelijns past in het huidige beleid**

De bovengenoemde samenwerking en taakdelegatie maken het mogelijk om in de eerstelijns te werken aan verdergaande programmatische preventie. Dit sluit naadloos aan op de beleidsnota's van diverse organisaties en VWS.

In de nota Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg van maart 2006 worden onder het thema "Hoe leven we langer gezonder?" duidelijk de deur opengezet voor verdere integratie van preventie in de curatieve zorg en voor thema's die vooral ook in de eerstelijns goed kunnen worden uitgewerkt (zie tabel 2).

### **- Tabel 2 -**

Onderwerpen in de nota Maatschappelijke opgaven, thema "Hoe leven we langer gezonder" (maart 2006)

---

- Populatie en individuele benadering
  - Middelenmisbruik
  - Centrale programmatische sturing van preventie
  - Integratie preventie in cure en care
  - Chronische ziekten: eigen regie en integrale zorg; sterke relatie met leefstijl
  - Aandacht voor co-morbiditeit
- 

De Preventienota Kiezen voor gezond leven (december 2006) geeft aan dat naast de reeds bestaande prioriteiten roken, diabetes en overgewicht nu ook schadelijk alcoholgebruik en depressie als nieuwe speerpunten worden toegevoegd. Dit zijn onderwerpen waarvoor in de eerstelijns reeds richtlijnen en gerichte programma's zijn. De onderwerpen worden landelijk multidisciplinair in zogenoemde "partnerships" van zorgverleners, kwaliteitsinstituten en kenniscentra aangepakt. In diverse van deze partnerships hebben eerstelijnsprofessionals, en met name de huisartsen, een

voortrekkersrol. In de VWS-brief over het Actieplan 2007 van het Nationaal Programma Tabaksontmoediging (december 2006) wordt aangegeven dat een implementatie met de minimale interventie strategie voor roken bij huisartsen (H-MIS) zal worden ondersteund, omdat dit een bewezen effectieve interventie is.

Ook de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) verwacht veel van de eerstelijnszorg, ook op het gebied van de preventie (NPCF, 2006). In de brochure "Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief" geeft de NPCF aan dat de patiënt graag zelf een actieve rol wil spelen in preventie en zorg. Daarbij wordt beschreven dat de eerstelijnszorg de beste kansen geeft voor preventieprogramma's die afgestemd zijn op de zorgvraag in de wijk. Het rapport "Op één lijn. Toekomstverkenningen eerstelijnszorg 2020" van RIVM en NIVEL concludeert dat de eerstelijnszorg een goede infrastructuur biedt om preventie te organiseren en dat een toenemende rol van de eerstelijnszorg in de uitvoering te verwachten is (Sluijs, 2005). In 2001 constateert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in het rapport "Zorg en volksgezondheid" dat er een gat is tussen zorg en preventie. De RVZ raadt daarom bijvoorbeeld aan dat huisartsen gezamenlijk met GGD'en programma's gaan opzetten ter preventie van overgewicht. In het rapport uit 2001 wordt opgemerkt dat er (destijds) weinig prikkels, zoals budget of openbaarmaken van indicatoren, voor eerstelijnsverliefers waren om meer aan preventie te gaan doen (RVZ, 2001).

## Paradigmaverandering

In de eerstelijnszorg wordt al veel aan preventie gedaan en de infrastructuur voor een programmatische aanpak wordt steeds beter. Om preventie in de eerstelijnszorg echter een goede kans te geven moet er op verschillende manieren anders worden gedacht.

### -Tabel 3 -

#### Uitvoering en organisatie van programmatische preventie in de eerstelijnszorg

Selecteren	maken van een lijst van patiënten die deel uitmaken van de doelgroep (bv. risicopatiënten voor influenzavaccinatie, vrouwen die in aanmerking komen voor een uitstrijkje, personen van 60 jaar en ouder voor hypertensie).
Registreren	markeren van deze patiënten in het elektronisch medisch dossier.
Controleren	beoordelen en controleren of alle patiënten op de selectielijst tot de doelgroep behoren.
Oproepen/opsporen	oproepen of uitnodigen van de geselecteerde patiënten.
Informereren	geven van informatie aan mensen met vragen over onderzoek (zoals mammografie, uitstrijkje of bloeddrukmeting) of vaccinatie (bijv. influenza), de aanwezigheid van voorlichtingsmateriaal in de praktijk en het meegeven van dit materiaal bij een schriftelijke oproep.
Organiseren	organiseren van het preventieve onderzoek of de vaccinatie.
Uitvoeren	daadwerkelijk uitvoeren van het onderzoek of de vaccinatie.
Administreren	noteren van degenen die hebben gereageerd op de oproep en het vergelijken van deze groep met de selectielijst; het verwerken van de financiële gegevens.
Herhalen	opnieuw benaderen van patiënten in de doelgroep die niet op de uitnodiging zijn ingegaan.



Bijhouden                      verwerken van de mutaties in het patiëntenbestand op de selectielijst (zoals verhuizingen en overlijden) en het aanvullen van de lijst met patiënten die tot de doelgroep zijn gaan behoren.

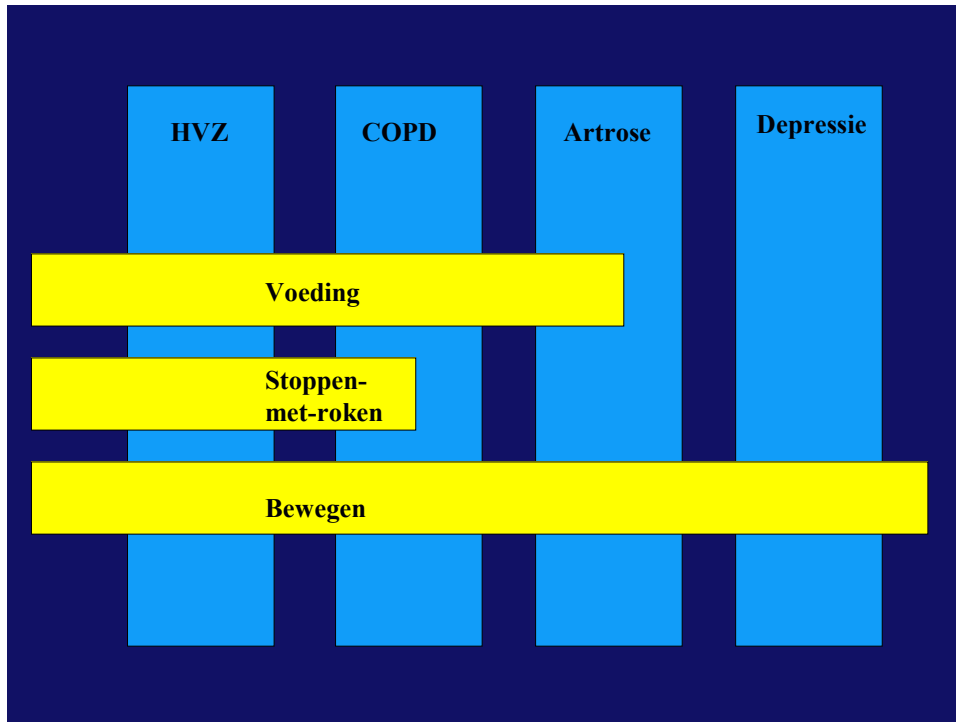
*Van vraaggestuurd en case-finding naar pro-actief en programmatisch.* Voorheen was preventie vooral vraaggestuurd (“wilt u mijn bloeddruk eens meten?”) of werd aan casefinding gedaan (“nu u hier toch bent: we hebben als huisartsen hier in Den Haag afgesproken om bij alle mensen van Hindostaanse afkomst ouder dan 35 jaar bloedsuiker te prikken”). Een aanzienlijk deel van eerstelijnspreventie-activiteiten die richtlijnen zijn beschreven betreffen casefinding. Omdat de huisarts uitgaat van de individuele patiënt, zou men inderdaad kunnen neigen naar case-finding. Hierbij gaat het om het ongevraagd, vaak op indicatie, aanbieden van een preventieve activiteit bij spreekuurbezoekers. Nadelen zijn echter het gebrek aan structuur, de tijdsfactor (de patiënt komt namelijk ook nog voor wat anders dan het preventie-aanbod), de benodigde follow-up en de geringere mogelijkheid tot delegeren. Bij een groot aantal onderwerpen zoals preconceptie-advisering of depressie bij ouderen is case-finding of vraagsturing absoluut onvoldoende om de grote groepen at-risk te bereiken. Een ander nadeel is dat de ad hoc aanpak is dat dit vaak teveel interfereert met de praktijkvoering: de huisarts is niet op de vraag voorbereid, er kan bij een aanbod onvoldoende informatie worden gegeven, het is bij deze aanpak lastiger om de preventie te delegeren en er moet een adequate follow-up worden georganiseerd (om alle nieuwe gevallen goed verder te kunnen begeleiden). Soms begrijpen patiënten een dergelijk ad hoc aanbod ook niet: “dokter, ik kwam toch voor mijn keelpijn, en nu begint u ineens over mijn overgewicht!”. Programmatische preventie daarentegen heeft deze nadelen niet en blijkt goed uitvoerbaar in de huisartsenpraktijk: voorbeelden zijn de logistiek rond baarmoederhalskankerscreening, influenzavaccinatie en diabetesmonitoring. Een belangrijke rol is daarbij weggelegd voor hulppersoneel in de huisartsenpraktijk (assistente en praktijkondersteuner), dat vaak goed opgeleid en gemotiveerd is in preventieve activiteiten. De eerstelijns kan in een nieuwe manier van werken een pro-actief aanbod moeten doen, bijvoorbeeld door een uitnodigingsbrief of door een aan een brede groep toegestuurde risico-inventarisatie (vaak een vragenlijst), waarbij bij een verhoogd risico een vervolgspraak volgt (selectieve preventie volgens de systematiek van tabel 1). Nogmaals: dit staat haaks op het vraaggerichte werken van de huisarts en vergt dus een verdere omslag in het denken. Tabel 3 geeft de belangrijkste kenmerken van programmatische preventie (Drenthen, 1999).

*Uitgaan van risicodrag.* In de multidisciplinaire richtlijnen en de NHG-Standaarden wordt vrijwel altijd uitgegaan van aandoeningen. Veel van de in richtlijnen beschreven preventieve adviezen hebben echter betrekking op risicodrag. Roken wordt bijvoorbeeld genoemd in 17 NHG-Standaarden, met name op het gebied van hart- en vaatziekten en longaandoeningen. Lichaamsbeweging wordt aan de orde gesteld in standaarden m.b.t. (risicofactoren voor) hart- en vaatziekten, en op het gebied van bewegingsapparaat / gewrichtsklachten (enkel, knie, schouder, elleboog) en bij osteoporose. Voor overgewicht is er geen aparte richtlijn, maar het is onderdeel van de CBO-richtlijn/NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (2006), van de NHG-Standaard Diabetes en van enkele standaarden over gewrichtsaandoeningen. De aanpak van de risicofactor is bij de ziekte-gerichte standaarden vrijwel gelijk. Het is dan ook de vraag of het niet beter is om bij een aantal veelvoorkomende en relevante risicofactoren bij de aanpak uit te gaan van de risicofactor en niet telkens van de diverse ziekten apart.



- Figuur 1 -

Preventieve interventies en de relevantie voor verschillende aandoeningen



Legenda: HVZ = hart- en vaatziekten; COPD = chronic obstructive lung disease

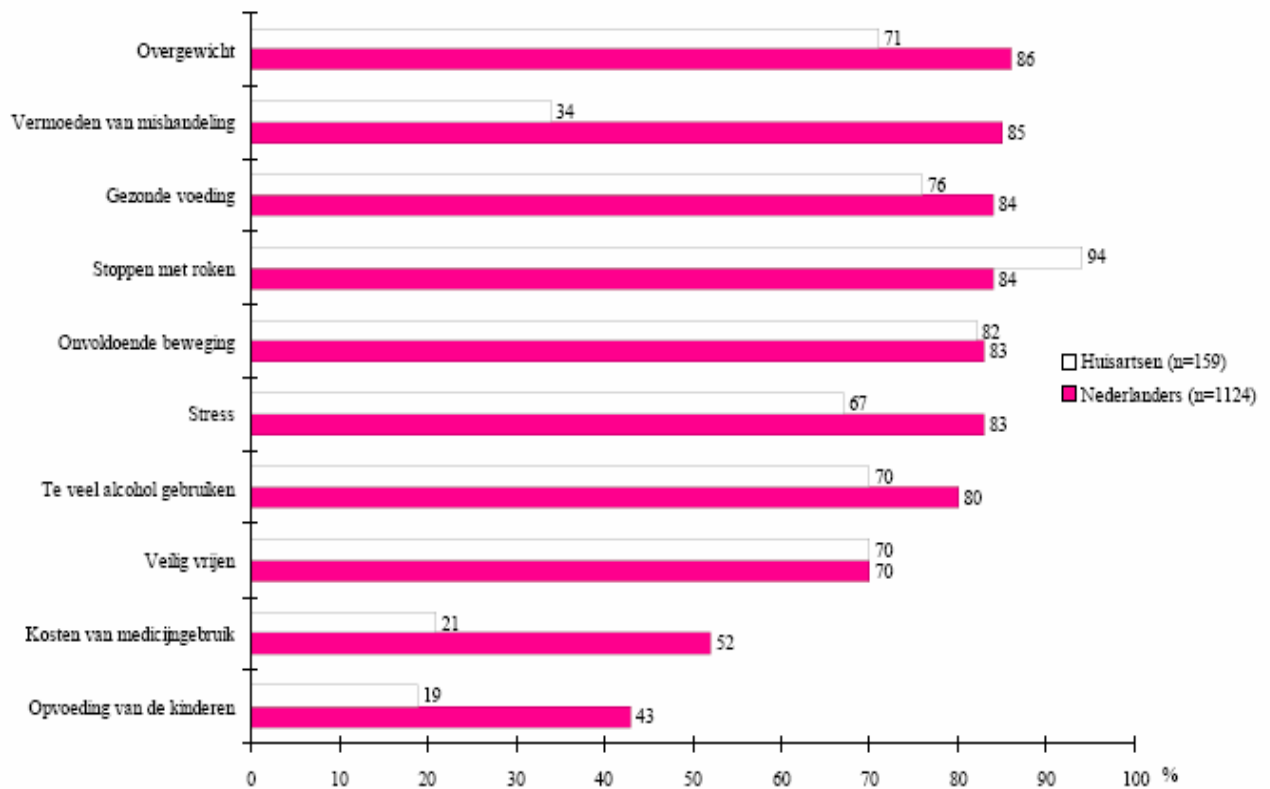
De huisarts kan door de continuïteit in de zorg (heeft de patiënt vaker en onder verschillende omstandigheden gezien) vaak goed een inschatting maken van de risicofactoren en bijbehorende leefstijladviezen die specifiek voor de patiënt, dus niet voor een willekeurige index-ziekte, de meeste winst oplevert. Soms helpt een dergelijke insteek vanuit de risicofactor ook om de motivatie van de patiënt te bevorderen (“willingness to change”). De gezondheidswinst is namelijk groter als deze zich over verschillende mogelijke aandoeningen uitstrekt en niet alleen aan de index-ziekte wordt opgehangen.

Lange tijd is er zowel bij patiënten als huisartsen twijfel geweest of het wel wenselijk is dat huisartsen patiënten op leefstijlfactoren aanspreken. Uit de recente NHG-jubileumenquête blijkt dat zowel huisartsen als patiënten vinden dat de huisarts dat moet kunnen (Lems, 2006).

- **Figuur 2** -

Mag de huisarts zonder dat patiënt erom vraagt beginnen over preventie? (Lems, 2006)

TNS/NIPO en NIVEL. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006



*Context vergt soms maatwerk.* Niet iedere patiënt is hetzelfde, en juist de eerstelijns is in staat in te spelen op de context. Bij preventie zal vaak ook aandacht moeten worden gegeven aan zaken als mobiliteit, psychische gesteldheid, comorbiditeit, voedingstoestand, leeftijd, etniciteiten en het vóórkomen van andere risicofactoren. Het zal in dergelijke gevallen voor de huisarts of praktijkmedewerkers (assistent en praktijkondersteuner) niet altijd mogelijk zijn om zelf een passende begeleiding te leveren. Andere professies in de eerstelijns kunnen dan een welkome aanvulling zijn (zie tabel 4).

#### - Tabel 4 -

Gedifferentieerd aanbod van preventie. Voorbeeld: “Meer bewegen”.

- *Mobiliteit*. Indien de mobiliteit van de patiënt sterk beperkt is kan een huisbezoek uitkomst bieden. Daarnaast zal een aandoening als artrose de soort beweging en de trainbaarheid beïnvloeden. Een fysiotherapeut kan bijvoorbeeld “beweegadvies op maat” thuis geven.
- *Depressie of aanpassingsstoornis*. Dit kan de motivatie om af te vallen negatief beïnvloeden. Kan door de huisarts aanvullend behandeld worden. Ook kan een eerstelijnspsycholoog voor extra begeleiding worden ingeschakeld.
- *Comorbiditeit*, zoals hart- en vaatziekten, longaandoeningen en diabetes. Bij hart- en vaatziekten zal door de huisarts de belastbaarheid worden ingeschat en eventueel de medicatie worden aangepast. Bij diabetes moet bij bewegen soms de medicatie worden aangepast. Ook moet extra voorlichting over eten gegeven worden. Eventuele neuropathie kan het bewegen negatief beïnvloeden. Op indicatie kan het beweegprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut worden gegeven.
- *Ondergewicht of juist overgewicht*. Beïnvloeden de trainbaarheid negatief. Bij ondergewicht, bijvoorbeeld ten gevolge van COPD, kan een diëtiste adviezen geven. Bij overgewicht kan de diëtiste een caloriebeperkt adviseren.
- *Leeftijd*. Vaak hebben ouderen nooit eerder recreatief bewogen. Het is voor hen dan soms ook moeilijk voor te stellen met welke activiteiten de beweegnorm kan worden gehaald. Groepsgewijs trainen verhoogt de motivatie en het plezier aanzienlijk. Anderzijds zijn de prikkels voor jongeren om gaan te bewegen vaak weer heel anders. Er zijn bijvoorbeeld programma’s waarbij internet en SMS-jes worden ingeschakeld om de motivatie te verhogen.
- *Roken*. Als de patiënt nog rookt is een beweegadvies een goede aanleiding om ook het roken ter discussie te stellen.
- *Etniciteit*. Zowel de taal als de voorkeur voor de soort bewegingsactiviteit kunnen van invloed zijn. Voorlichters eigen taal en cultuur (VETC’ers) kunnen hierin adviseren of een actieve rol spelen.

### Randvoorwaarden

Wat moet er verder nog veranderen om breder en doelmatig preventief aanbod in de eerstelijns te krijgen?

Allereerst moet het *domeindenken* worden doorbroken. De marktwerking en de oude professionele scheidslijnen maken het niet eenvoudig om een op de patiënt toegespit beleid vorm te geven. In de recente regionale afspraken over diabeteszorg bijvoorbeeld kwamen op diverse plekken in het land bijvoorbeeld spanningen naar boven tussen thuiszorgorganisaties, huisartsenlaboratoria en regionale huisartsenorganisaties.

*Afstemming met andere echelons*. Het is het belangrijk om het aanbod in de eerstelijns goed af te grenzen van wat in de tweedelijns onder “zorg” verstaan wordt. Gaat de huisarts het stoppen-met-roken coördineren of blijven speciale poli’s in ziekenhuizen in stand? Daarnaast komt er met een uitbreiding van de preventieve taken van de eerstelijns vrijwel zeker overlap met wat GGD’en als lokaal gezondheidsbeleid vanuit de wettelijke kaders uitvoeren. Met name als in het aanbod vanuit de eerstelijns meer wordt uitgegaan van de risicofactor en leefstijl, en niet vanuit indexziekten. Wijkgerichte programma’s kunnen zorgen voor afstemming en gedeeltelijke integratie van nulde- en eerstelijnsactiviteiten. Wijkgerichte programma’s zorgen voor goede bereikbaarheid en afstemming op de behoeften. Een voorbeeld van een succesvol wijkgericht programma is het beweegproject “Big move!” van de Stichting Gezondheidscentra Amsterdam Zuidoost. De Gezondheidscentra geven in een artikel over hun project inderdaad aan dat zij voor het vervolg van het project verdere afstemming en samenwerking met de GGD willen (Overgoor, 2006).

*Meer gebruik van internet*. In preventie worden steeds vaker moderne media ingezet voor preventie. Internet kan in de eerstelijns preventie ingezet worden bij het identificeren van de hoogrisicogroepen of van de domeinen waarop preventie nodig is. Ook zijn er mogelijkheden voor uitleg (bijvoorbeeld voor “shared-decision-making” (vd Weijden, 2006)) en voor internetzelfbehandeling (in een stepped-care aanpak van milde

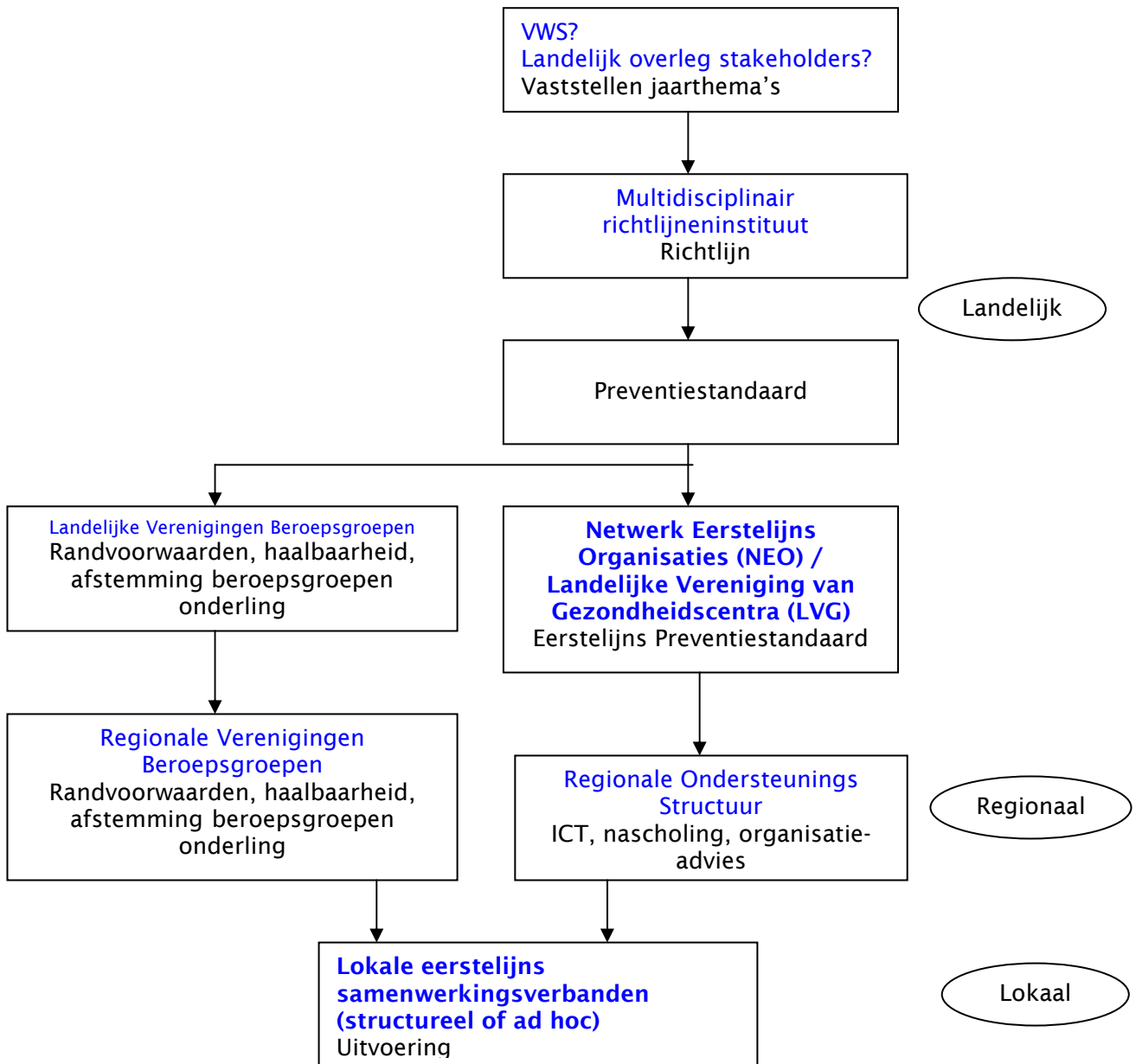
ziektebeelden). Veel is in onderzoeksprojecten al onderzocht op haalbaarheid en effectiviteit, maar het gebruik is nog gering. Achterliggend probleem kan zijn dat de communicatie tussen eerstelijns hulpverlener en patiënt in de reguliere zorg ook nog maar mondjesmaat op gang komt, onder andere door discussies over het E-consult en zorgen over de veiligheid (gegevensbescherming) bij open internetverkeer.

*Taakdelegatie.* Het is voor de huisarts onmogelijk om zelf alle in de standaarden beschreven preventieve activiteiten zelf uit te voeren. In de toekomst komen daar waarschijnlijk alleen nog maar meer onderwerpen bij. Taakdelegatie is derhalve essentieel. De recente programmatische aanpak van chronische aandoeningen in de huisartsenpraktijk (diabetes, astma/COPD) leert dat goede zorg veel tijdsinvestering vergt. Kimberley et al. berekenden dat een huisarts in de Verenigde Staten bijna zijn volledige werkdag aan preventie zou besteden als hij alle richtlijnen op het terrein van preventie zou opvolgen (Kimberley, 2003). Een geprioriteerde en gefaseerde implementatie is daarom nodig. Hierbij moet vooraf worden nagegaan wat per programma de benodigde inzet van artsen en ondersteunend personeel is.

*Goede patiënt-volgsystemen voor identificatie en follow-up.* De behandeling van risicofactoren geeft in de regel geen reductie van klachten en geeft daarom een geringe compliantie. Het is daarom belangrijk om goed te weten wanneer patiënten verwacht worden voor een controle-afspraak. Ook zijn controle-afspraken belangrijk om terugval in gedrag te voorkomen. Door de eerder genoemde gerichtheid op vraaggestuurde zorg zijn dergelijke systemen nog maar mondjesmaat in de eerstelijns voorhanden en blijken vaak gesponsord door de farmaceutische industrie (bijvoorbeeld Diagnosis4health ([www.d4h.nl/](http://www.d4h.nl/))).

- Figuur 3 -

Voorstel voor programmering



### Voorstel voor programmering

Preventie is belangrijk. De financiering en programmering zijn knelpunten. Hier en daar hebben eerstelijns werkers bij de zorgverzekeraar projecten ingediend in het kader van het budget Modernisering en Innovatie (M&I). Daarnaast worden activiteiten binnen het huidige financieringssysteem betaald als “zorg”, terwijl het eerder zorgpreventie is. Anderzijds zijn er geaccepteerde preventieve activiteiten, zoals medicamenteuze ondersteuning bij stoppen met roken, die juist weer niet vergoed worden. De financiering van preventie in de nulde en tweedelijns is weer heel anders dan die van de eerstelijns. Bij samenwerking of taakherschikking zal de financiering hiervan ook invloed hebben. Een van de uitdagingen is dus om een financieringsstructuur te creëren die ruimte laat voor initiatief en de preventie doelmatig en eerlijk over de populatie verdeelt. De financiering ligt echter buiten het bestek van dit artikel.

Zoals eerder is opgemerkt zijn er al diverse initiatieven vanuit de eerstelijns met diverse financieringsbronnen opgestart. Het is echter ongewenst om preventie, met name op grote maatschappelijk relevante aandoeningen, aan lokaal of regionaal initiatief over te laten. Daarnaast moet er veel in de infrastructuur en kennissynthese worden geïnvesteerd voordat een programma van start kan gaan. Het is dan efficiënter om op nationaal niveau te beginnen met het kiezen van een of meer onderwerpen per jaar, analoog aan de manier waarop in de Preventienota “Kiezen voor gezond leven” voor een beperkt aantal risicofactoren en aandoeningen is gekozen. Vervolgens moeten de onderliggende richtlijnen up-to-date gemaakt worden (worden gereviseerd). Een richtlijn is namelijk een onderlegger voor de zorgstandaard (misschien is het beter om dan van een preventiestandaard te spreken). In een richtlijn worden aanbevelingen gedaan en wordt daarvoor een onderbouwing gegeven, terwijl in een preventiestandaard verder wordt uitgewerkt wat goede preventie op het betreffende gebied omvat en wordt ook het organisatorisch kader daarvan verder geschetst. De preventie-standaard beschrijft de noodzakelijke onderdelen van de preventiepraktijk/-zorg. Een preventiestandaard is dus een stuk concreter dan een richtlijn. Uit richtlijnen en preventiestandaard kunnen indicatoren, voorlichtingsmateriaal en shared-decisionmakingmateriaal worden ontwikkeld. Momenteel is bij ZonMw een multidisciplinair richtlijnenprogramma in ontwikkeling. Hier zullen richtlijnen uit komen die de verschillende echelons en professies beslaan. Inhoudelijk kan bij een preventiestandaard het Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO) een nadere uitwerking geven hoe de verschillende eerstelijnsdisciplines een bijdrage kunnen leveren aan de betreffende preventie-activiteit. Het is vervolgens aan de Regionale (eerstelijns) Ondersteunings Structuren om een dergelijke voorzet verder naar de regio uit te werken en de noodzakelijke inhoudelijke ondersteuning te organiseren. Daarbij valt te denken aan ICT, organisatieadvies en nascholing. Intussen heeft de verzekeraar genoeg tijd gehad om de financiering en de voorwaarden voor financiering goed voor te bereiden. Het is tenslotte aan de eerstelijns werkers zelf (via hun regionale of lokale organisaties) om te beslissen of ze aan de activiteit mee willen en kunnen doen. Deze routekaart beslaat, afhankelijk van de complexiteit van het onderwerp, wel 3 jaar of langer. Het is dus niet handig om op alle niveaus (landelijk, regionaal, lokaal) tegelijk met eenzelfde thema te beginnen. Daarbij voorkomt deze “regie” dat de eerstelijns werkers overvallen worden door een te snelle toename van hun preventieve takenpakket.

Dit model heeft eerder in de diabeteszorg (vooral het curatieve deel) goed gewerkt. Door de Diabetesfederatie, waarin de belangrijkste professies verenigd zijn, is in 2003 een zorgstandaard geschreven. Aan de hand daarvan hebben de verzekeraars aan de eerstelijnsorganisaties in hun regio gevraagd om met voorstellen voor een “keten-DBC” te komen. De ROSSen ondersteunden hier vaak in. De rol van de praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk was hierbij essentieel: deze heeft het meest van de werkdruk opgevangen. Door het toenemend gebruik van indicatoren werd de afgelopen 2 jaar al duidelijk dat de kwaliteit van de zorg door een meer programmatische aanpak toenam. De indicatoren voor diabetes zijn behalve onderdeel van de contractering met de zorgverzekeraar ook onderdeel van de NHG-Praktijk Accreditatie, de momenteel nog 3-jaarlijkse kwaliteitsbeoordeling van praktijken.

Tot nu toe heeft VWS de thema's voor preventie gekozen. Gezien de vele belangen, ook in het niet-medische veld, in preventie is het de vraag of bij de keuze voor thema's niet meer “stakeholders” moeten worden betrokken. Hierbij valt te denken aan patiëntenorganisaties, verzekeraars, beroepsorganisaties, gemeenten en de landelijke kenniscentra.

## **Conclusie**

De eerstelijns lijkt een goede ingang te zijn voor preventieve activiteiten. Afhankelijk van de aandoening en de beoogde doelgroep kan het aanbod universeel, geïndiceerd, selectief of zorggericht zijn. De eerstelijns kan zorgen voor preventie op maat en in de buurt. Op het gebied van de universele preventie lopen een aantal programma's (influenzavaccinatie, borstkankerscreening, baarmoederhalskankerscreening). De zorggerelateerde preventieve activiteiten zijn veelal in ziekte-georiënteerde standaarden beschreven. De selectieve en in mindere mate de geïndiceerde preventie gebeurt vooral via case-finding.

Een beperkt aantal risicofactoren, zoals overgewicht, roken en te weinig lichaamsbeweging, speelt een rol bij veel aandoeningen. Het is te overwegen om hier generieke risico-factorgeoriënteerde programma's voor op te zetten, in plaats van deze steeds vanuit de aparte ziektes te benaderen. Regionale en lokale afstemming met GGD'en en tweedelijns is bij deze aanpak nodig en nuttig.

Door de toenemende schaalgrootte, samenwerking en mogelijkheden voor taakdelegatie is het steeds beter mogelijk om programmatisch grootschalige preventieprogramma's uit te voeren. Vanwege de efficiëntie lijkt een programmering vanuit jaarlijks nationaal vastgestelde thema's een aantrekkelijke optie. Dit vraagt wel om goede planning en afstemming. In de planning moet ook een inschatting van de benodigde professionals worden gemaakt, waarbij kan worden gestreefd naar optimale taakdelegatie, zowel binnen de huisartsenpraktijk als binnen de (geïntegreerde) eerstelijns. Essentieel is een goede nationale en regionale ondersteuningstructuur. Daarnaast moet worden geïnvesteerd in ICT-ondersteuning en gecomputeriseerde patiëntvolgsystemen. Financiering lijkt een essentiële slaagfactor te zijn. Om bovenstaand model te laten slagen moeten in de huidige wet- en regelgeving een aantal veranderingen worden doorgevoerd.

## Literatuur

Berg MJ van den, Simkens A.. Praktijkondersteuner en assistente: wie doet wat? Huisarts Wet, 2006; 49(8):397.

Bohlmeijer E, Cuijpers P. Tweede gids preventie psychische stoornissen en verslavingen. Utrecht: Trimbos, 2001

Cardol M, Dijk L van, Jong JD de, Bakker DH de, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.

Davidse W, Jong ORW de, Assendelft WJJ. Preventie in curatieve sector en het nieuwe stelsel. TSG 2006,84;293-96

Drenthen AJM. Programmatische preventie in de huisartspraktijk. Bijblijven 1999 (15), nr. 1, Praktijkmanagement: 33-4.

Drenthen T. Hoe is de organisatie en wat is het aanbod? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ In verschillende settings\ Huisartsenpraktijk, 14 december 2005.

Hak E, Hermens RPMG, Hoes AW et al. Effectiveness of a coordinated nationwide program to improve influenza immunisation rates in The Netherlands. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 237-41.

Hoeijmans N, Gijsen R. Zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik. In: Bakker DH de, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF, red. Op één lijn. Toekomstverkenningen eerstelijnszorg 2020. Utrecht/Bilthoven: RIVM/NIVEL, 2005: 37-76.

Kenens RJ, Hofhuis H, Hingstman L. Inventarisatie mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn: een eerste verkenning, Utrecht, NIVEL, 2006.

Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary Care: Is There Enough Time for Prevention? Am J Public Health. 2003;93:635-641.

Lems S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Amsterdam: TNS NIPO, 2006.

Mrazek PJ, Haggerty RJ, red.. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington DC: National Academy Press, 1994.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: NPCF, 2006.

Nederlands Huisartsen Genootschap. Toekomstvisie Huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2002.

**Okkes IM, Becker HW, Bernstein RM, Lamberts H. The March 2002 update of the electronic version of ICPC-2. A step forward to the use of ICD-10 as a nomenclature and a terminology for ICPC-2. Fam Pract. 2002;19:543-6.**

Overgoor L, Aalders M, Stadius Muller I. Big!Move, beweging in gedrag van patiënt en huisarts. Huisarts Wet 2006;49:42-5.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Zorg en volksgezondheid. Den Haag: RVZ, 2001.



Schellevis FC, Bakker DH de, Verheij RA, Hingstman L. Hoe is de huisartsenzorg georganiseerd? 11 september 2006. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM (<http://www.nationaalkompas.nl>). (geraadpleegd op 2 januari 2007)

Sluijs EM, bakker DH de, Polder JJ. Verkenning van vernieuwingen en mogelijke effecten. In: Bakker DH de, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF, red. Op één lijn. Toekomstverkenningen eerstelijnszorg 2020. Utrecht/Bilthoven: RIVM/NIVEL, 2005: 139-69.

Visser M de, Ballegooijen M van, Bloemers SM, Deventer SJH van, Jansen JBMJ, Jespersen J et al. Report on the Dutch consensus development meeting for implementation and further development of population screening for colorectal cancer based on FOBT. Cellular Oncology 2005;27: 17-29

Weijden T vd, Timmermans D, Wensing M. Dus alles is goed dokter? Hoe informeer ik mijn patiënten over grote en kleine risico's? Huisarts Wet 2006;49:550-3.

Witte KE. Wat is preventie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)> Preventie, 11 september 2006.





*Dagvoorzitter Dik Hermans (links), prof dr. Tom van der Grinten (midden) en Jac Drewes, arts*



# Zorgverzekeraar & preventie, nieuwe kansen of *business as usual*?<sup>5)</sup>

Door: Tom van der Grinten, *hoogleraar beleid en organisatie* & Jac. Drewes, *arts*

## Inleiding

Als het Nederlandse zorgstelsel weer eens op de schop gaat, dan komt zonder mankeren ook de volksgezondheid op de proppen. De wijze waarop dit gebeurt, volgt tot nu een opvallend vast stramien. Schematisch weergegeven gaat het als volgt. Het begint met bevlogen pleidooien over de fundamentele waarde van de volksgezondheid, uitmondend in de stelling dat het *volksgezondheids*belang leidend moet zijn voor de (voorgenomen) aanpassingen in de organisatie, de financiering en het bestuur van de gezondheidszorg. De inspanningen dienen uiteindelijk immers gericht te zijn op het realiseren en handhaven van een goede (volks)gezondheid en dat vraagt om méér dan het behandelen van ziekten en ondersteunen van zieken. Het voorkómen van ziekten en bevorderen van gezondheid is hier evenzeer onderdeel van. Welnu, zo luidt dan de stelling, de volksgezondheid biedt hiervoor het samenhangend perspectief. Dit pleidooi delft vervolgens steevast het onderspit in het discours met de politieke realisten en de professioneel en economisch belanghebbenden bij de gezondheidszorg. En als het dan weer eens niet is gelukt om dit perspectief bepalend te laten zijn voor de zorgagenda, trekt men zich, al dan niet mokkend, terug op het bekritisieren van de preoccupatie met de *zorg* die niet ten goede komt aan de (volks)gezondheid, of daar zelfs ten koste van zou gaan. Deze cyclus werd doorlopen in het midden van de jaren zestig rond de totstandkoming van de zorgwetten, Ziekenfondswet en AWBZ, en de Volksgezondheidsnota als contrapunt, het proces herhaalde zich zo'n tien jaar later rond de Structuurnota Gezondheidszorg enerzijds en de Knelpunten Nota Welzijnsbeleid anderzijds en ruim tien jaar later vond opnieuw het proces van opkomst en neergang van het volksgezondheidsperspectief plaats, nu opgehangen aan de Nota 2000 enerzijds en het rapport van de commissie Dekker anderzijds (Helderman & Van der Grinten, 2007).

Men zou op basis van het voorgaande mogen verwachten dat de geschiedenis zich weer herhaalt rond de stelselherziening van minister Hoogervorst en het van kracht worden van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006. Tot op zekere hoogte is dit ook inderdaad het geval (Klazinga, 2005), maar de scheidslijnen tussen de domeinen van de volksgezondheid en de gezondheidszorg lijken gaandeweg toch minder scherp geworden. Dat zou jou je niet meteen zeggen als je kijkt naar de institutionele bovenbouw en 'verkokerde' wet- en regelgeving van de volksgezondheid en gezondheidszorg. Maar kijk je wat beter naar de praktijk dan blijken de belangen, doelstellingen en instrumenten van de volksgezondheid (bescherming en bevordering van de gezondheid van individu en collectiviteit) toch ook relevanter te worden voor de ziekenhuizen, GGZ-instellingen, werkgevers en lokale gemeenschappen. (RVZ 2006<sup>2)</sup>)

Een bijzondere positie in dit verband hebben de zorgverzekeraars en de vraag is welke rol zij op het terrein van het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ziekten spelen, resp. zouden moeten en kunnen spelen. Deze vraag is zo belangrijk, omdat aan de zorgverzekeraars in Nederland, in tegenstelling tot landen met een nationaal gezondheidszorgsysteem, een sleutelrol in de besturing van het stelsel is toevertrouwd. De afgelopen 10 jaar is deze rol steeds meer werkelijkheid geworden en, met het van kracht worden van de zorgverzekeringswet en de aangekondigde veranderingen van de AWBZ, mogen we verwachten dat de betekenis hiervan nog verder zal toenemen. Deze centrale positie in het bestel dwingt tot een gedegen bezinning op de vraag in hoeverre

---

<sup>5</sup> Dit essay is gebaseerd op een voordracht voor het Nederlands Congres Volksgezondheid, gehouden op 13 april 2006 te Rotterdam

van de zorgverzekeraars ook een bijdrage op het terrein van de gezondheidsbevordering en preventie kan, mag of moet worden verwacht.

In dit essay geven we hiervoor een aftrap. Dat doen we aan de hand van twee contrasterende scenario's. In het ene scenario laten de zorgverzekeraars gezondheidsbevordering & preventie links liggen, in het andere investeren ze er juist in. Overigens bieden verzekeraars in het eerste scenario weliswaar ook preventie aan, maar dan vooral als franje bij hun core business - het verzekeren van (het risico op) zorg -, voornamelijk op het individu gericht en dan nog hoogstens zogenaamde secundaire preventie, zoals het aanbieden van cholesterolverlagers. In het tweede scenario doen zorgverzekeraars daarentegen méér, hun activiteiten strekken zich uit tot leefstijladviezen en gezondheidsbevordering van collectiviteiten en doelgroepen in het verzekerdenbestand of de regio waar men (vooral) actief is. Daarbij lopen we de factoren en argumenten pro en contra deze twee oriëntaties van de zorgverzekeraar langs, om helder te krijgen welke incentives en voorwaarden er nodig (en mogelijk) zijn als we het tweede scenario - dat van de actieve zorgverzekeraar - kansrijker willen maken.

Vervolgens proberen we aan de hand van een (beperkte) actoren- en belangenanalyse te laten zien, welke bondgenootschappen daarbij in het geding kunnen zijn en welke belangengemeenschappen zouden kunnen ontstaan om deze kansrijkheid verder te vergroten. We ronden af met het aanreiken van een aantal beleidsmogelijkheden, die de totstandkoming van dergelijke coalities en parallelle belangen zouden kunnen bevorderen of versterken. Maar voordat we ons in deze analyse begeven beginnen we met een korte schets van de positie van de zorgverzekeraar in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel.

## **Zorgverzekeringswet, gezondheidsbevordering en preventie**

We kunnen vaststellen dat de recente veranderingen van het zorgverzekeringsstelsel niet zijn ingezet om gezondheid te bevorderen en preventie van ziekten te stimuleren. De stelselwijziging is primair gericht op het realiseren van een betere prijs-kwaliteitverhouding van de curatieve zorg en (delen van) de care. Hiertoe wordt de zorgverzekeraar in staat gesteld om voor zijn verzekerden doelmatige en kwalitatief goede zorg bij de aanbieders in te kopen. Om de verzekeraars hierin scherp te houden zijn er keuzemogelijkheden aan de verzekerden geboden. Deze stelselprincipes bieden weinig aanknopingspunten voor verzekerden om verzekeraars om gezondheidsbevordering of preventie te vragen. Mocht een verzekeraar toch een aanbod in deze richting doen en daar zijn premie ook op inrichten, dan loopt hij bovendien het risico dat de verzekerde verkast naar een verzekeraar met een minder paternalistisch en goedkoper aanbod. Kortom, in de opzet van het nieuwe stelsel zitten weinig prikkels voor de verzekeraar om te investeren in gezondheidsbevordering en preventie.

In zijn toespraak voor het Volksgezondheidscongres in Rotterdam eerder dit jaar (zie voetnoot 1) noemde de directeur Zorg van Achmea, Guus van Montfort, dit een gemiste kans. Daar kan men het op zichzelf wel mee eens zijn, maar het is te simpel om het ontbreken van prikkels voor preventie in de nieuwe zorgverzekeringswet te zien als zomaar een verkeerde beleidskeuze, als iets dat met een wetsaanpassing rechtgezet zou kunnen worden.

Het Nederlandse verzekeringsstelsel weerspiegelt de traditionele institutionele verkavelingen tussen de zorgverzekering en -uitvoering met zijn particuliere invulling enerzijds en de volksgezondheid als het primaire domein van overheidsbemoedigen anderzijds. Deze verkaveling is recentelijk zelfs nog scherper gemaakt, onder anderen door de collectieve preventieve elementen die nog in het verzekeringstelsel zaten er uit te halen. Denk bijvoorbeeld aan de overheveling van de vaccinaties, screening en jeugdgezondheidszorg uit de AWBZ naar de begrotingsfinanciering. Deze institutionele context verander je niet zomaar met 'beleid'; daar is meer voor nodig. Dit gegeven dwingt enerzijds tot realisme en bescheidenheid van verwachtingen bij het ontwikkelen van ideeën over een mogelijke rol van de verzekeraars bij gezondheidsbevordering en preventie, maar anderzijds biedt deze dominantie van het verzekeringstelsel toch ook weer aanknopingspunten, zoals uit het navolgende zal blijken.

## **Waarom verzekeraars *niet* zouden investeren in gezondheidsbevordering en preventie**

Er zijn verschillende argumenten en factoren die ten gunste van dit scenario aangedragen kunnen worden.

Allereerst zit preventie niet in de genen van de zorgverzekeraars. Het voelt niet als een 'natuurlijke' bezigheid, althans de meeste verzekeraars ervaren dat zo. Typend in dit verband is ook dat de brancheorganisatie ZN, ondanks enkele aanzetten daartoe, niet in staat was om met een gemeenschappelijke visie of strategie op dit terrein te komen. In de tweede plaats ondervinden verzekeraars niet alleen maar nadeel van een hoge schadelast. Natuurlijk, binnen de jaarrekening bepaalt het verschil tussen premie-inkomsten en zorguitgaven een belangrijk deel van het rendement en dat stimuleert schadelastbeheersing op de korte termijn. Maar op de langere termijn hebben de zorgverzekeraars ook belang bij omzetvergroting en dat verhoudt zich slecht met preventie.

In de derde plaats wordt de verzekeraar die wel zou willen inzetten op preventie geconfronteerd met de geringe evidence op dit terrein. Er bestaat nog weinig bewezen kosten-effectieve preventie en dit maakt het onduidelijk wat er uiteindelijk voor de verzekeraar te winnen is.

Ten vierde ontbreken er in de financieringsregimes duidelijke declaratiemogelijkheden voor verzekeraars voor zijn investeringen in preventie. Zoals hiervoor al werd vastgesteld bevat het overheidsbeleid ook in meer algemene zin weinig stimuli voor de verzekeraar om initiatieven in deze richting te ontplooiën. Ook is de verzekeraar mede afhankelijk van de inzet van de beroepsbeoefenaren in de 'cure'. Veel richtlijnen van deze beroepsbeoefenaren bevatten ook preventieve elementen, maar die blijken in het algemeen weinig tijd voor preventie te hebben en hebben ook maar beperkt declaratiemogelijkheden.

Daarnaast belemmert voor het gevoel van de zorgverzekeraars zelf de huidige normuitkeringsystematiek het mogelijke voordeel van schadelastbeperking door preventie op de korte termijn. In de huidige systematiek is preventie en gezond leven vooralsnog geen parameter. Mogelijk zou in de toekomst deze systematiek daaraan aangepast moeten worden.

Tenslotte kan opgemerkt worden dat de burger bemoeienis van de zorgverzekeraar met zijn leefstijl ook maar moeilijk zal tolereren. En verzekeren kunnen weglipen, waardoor ook de eventuele opbrengsten voor de verzekeraar bij de concurrent terecht komen.

Houden we het bij dit lijstje van argumenten en factoren dan is het niet erg waarschijnlijk dat zorgverzekeraars zich zullen gaan inzetten voor gezondheidsbevordering en preventie. Waarom zouden ze? Toch is dit niet het hele verhaal. Er doen zich ontwikkelingen en kansen voor die het voor zorgverzekeraars toch ook aantrekkelijk maken om in gezondheidsbevordering en preventie te investeren.

## **Waarom verzekeraars *wel* zouden investeren in gezondheidsbevordering en preventie**

Alhoewel verzekeren een stringente bemoeienis van de zorgverzekeraar met leefstijlgebonden preventie zullen afwijzen, zijn er verschillende vormen van preventie die zij wel aantrekkelijk en belangrijk vinden. Te denken valt daarbij aan kortingen op fitnessactiviteiten en gezonde producten, en het aanbieden van regelmatige screeningsmogelijkheden voor aandoeningen waarvoor dat effectief is (diabetes, hoge bloeddruk). Hierin liggen mogelijkheden voor nieuwe dienstverlening. Er zit ook nu al veel van dergelijke preventie in het pakket, vaak zonder dat verzekeren en verzekeraars zich dat realiseren, bijvoorbeeld rond cholesterolbepaling en -medicatie. Verder is relevant dat steeds meer mensen verzekerd zijn via collectiviteiten. Dit kan meer binding met de verzekeraar betekenen en meer continuïteit binnen het verzekerdenbestand. Zeker wanneer er daarbij ook nog een relatie is met inkomensverzekeringen, kan het voor de verzekeraar interessant zijn meer in preventie te investeren. Daarmee kan preventie een belangrijke manier worden om grote groepen

klanten over langere termijn te binden en daardoor kan een verzekeraar ook gericht informatie verkrijgen over de effecten van zijn preventieve investeringen op de gezondheid van zijn verzekerden en op de kosten van zorg. Bovendien kan bij sommige vormen van preventie, denk bijvoorbeeld aan vroegtijdige opsporing van risico's of het inzetten van technologie voor vroegsignalering in de thuissituatie, ook schadelastbeheersing op de korte termijn gerealiseerd worden.

Vervolgens wordt het als een maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars beschouwd, dat waar dat voor de hand ligt, ook zij een bijdrage aan preventie leveren. Hiermee komt in het vizier wat de politiek en de burger idealiter van een zorgverzekeraar verwachten. Dit raakt aan het imago, niet alleen van de individuele zorgverzekeraar maar van de branche als geheel, en (dus) ook aan de onderlinge concurrentieverhoudingen.

Een factor hierbij is, dat veel preventieve activiteiten, denk bijvoorbeeld aan activiteiten rond leefstijladvies, alleen binnen of op initiatief van de eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg tot stand kunnen komen. Het nieuwe verzekeringsstelsel is de primaire financieringsbron voor deze zorg en het ligt dan voor de hand, dat ook de preventieve activiteiten die door en in de eerste en tweedelijnszorg worden verricht uit deze bron worden betaald.

Mede vanuit wetenschappelijke hoek worden er daarnaast nog andere, fundamentele redenen genoemd, waarom zorgverzekeraars zich in de toekomst intensiever met preventie zouden moeten bezighouden. Zo wordt er op gewezen dat uitkomsten van gezondheidszorg, inclusief de individuele preventie, mede het peil van de Nederlandse volksgezondheid bepalen, en daarmee ook van de economie in brede zin (Klazinga 2001). Wanneer de verzekeraar naast ziektekosten ook andere gezondheidsafhankelijke schade verzekert, zoals bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, heeft de verzekeraar bovendien weer een direct belang bij een zo goed mogelijke gezondheid van zijn verzekerden (Post 2004). Overigens lopen de belangen tussen verschillende soorten verzekering niet altijd parallel. Bij bijvoorbeeld pensioenverzekeringen is een (gezond) lang leven niet direct profijtelijk voor de individuele verzekeraar.

Tenslotte krijgen verzekeraars een steeds groter belang bij een goed geregelde en uitgevoerde (intersectorale) collectieve preventie, omdat anders onnodig kosten op het verzekeringsstelsel worden afgewenteld.

## Actoren en belangen

Welke van deze twee scenario's werkelijkheid zal worden hangt echter niet alleen af van de handel en wandel van zorgverzekeraars en verzekerden. Ook andere actoren spelen hierin een belangrijke rol, zoals de landelijke en lokale overheden, de zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren, de wetenschap en advies- en implementatieorganen, werkgevers en werknemers, en last but not least de media en het bedrijfsleven. Voor een nadere analyse van het perspectief van deze verschillende actoren op preventie verwijzen we naar het recente advies *Publieke gezondheid* van de Raad voor de Volksgezondheid & zorg (RVZ 2006<sup>1</sup>) en hiervoor verrichtte achtergrondstudies (RVZ 2006<sup>2</sup>). Een aantal actoren zullen we hier kort onder de loupe nemen, omdat zij de scenario-uitkomst direct lijken te beïnvloeden.

Lang werd gedacht, dat bij beroepsbeoefenaren een zekere terughoudendheid bestaat ten aanzien van met name op leefstijl gerichte, individuele preventie. Huisartsen en specialisten zijn over het algemeen weinig geneigd hun patiënten lastig te vallen met leefstijladviezen. De terughoudendheid bij beroepsbeoefenaren werd meestal verklaard uit het niet willen belasten van een goede arts-patiënt-relatie met onwelgevallige boodschappen. Daarnaast wordt door veel huisartsen gewezen op de onnodige medicalisering, die individuele preventieve activiteiten met zich mee kunnen brengen. Tenslotte ontbreekt veelal de tijd om naast de drukke curatieve werkzaamheden aan preventie te doen. Recent onderzoek leert echter, dat de houding van zowel beroepsbeoefenaren als van patiënten ten aanzien van leefstijladvies in de spreekkamer momenteel aan het veranderen is. Ook het gericht opsporen van risicofactoren gebeurt in Nederland onder vrij strikte condities op geleide van de Gezondheidsraad. In andere, ook westerse, landen is men daar vaak veel gemakkelijker in. Voor zover bekend hebben

zorgverzekeraars, op een enkele uitzondering na, zich nog nauwelijks met deze kwesties bemoeid.

De landelijke overheid neemt bij dit alles een wat ambigue positie in. Enerzijds wil ze dat ook de curatieve gezondheidszorg meer aan secundaire preventie gaat doen om gezondheidsschade te voorkómen of te beperken, maar anderzijds is ze huiverig om dit te veel te propageren vanwege de kostenconsequenties hiervan. Verhelderend in dit verband is het onlangs ontwikkelde concept van *concurrerende preventie* (Horstman 2005). Er zijn binnen de preventie bijna altijd meerdere wegen die naar hetzelfde doel leiden. Het verminderen van risico's op hart- en vaatziekten en diabetes kunnen bijvoorbeeld zowel via leefstijlverandering als via screening en medicatie bereikt worden. Beide zijn in principe effectief. Dat aan een gezonde leefstijl vaak de voorkeur wordt gegeven boven het vroegtijdig opsporen van risico's vloeit voort uit een opvatting over wie waarvoor verantwoordelijk is en dus ook opdraait voor de kosten en het al of niet succesvol zijn van de interventie. Leefstijl is primair een zaak van de burger, terwijl bij screening en medicatie ook de gezondheidszorg, en daarmee de zorgverzekeraars, zijn betrokken. De overheid koos tot nog toe nadrukkelijk voor het eerste, zoals blijkt uit de recente preventienota *Kiezen voor gezond leven* (VWS 2006). De hele beleidstrategie in deze nota is gericht op leefstijladvisering. Voor zover de beroepsbeoefenaren en instellingen worden aangesproken is dat hierop. Zorgverzekeraars worden in de nota niet als potentiële actor genoemd.

Dit is wel heel sterk wedden op een paard. Het nieuwe verzekeringsstelsel tegen ziektekosten is immers het dominante systeem van financiering van onze volksgezondheid. Als de door velen bepleite eenheid van beleid ooit tot stand wil komen, dan is het onvermijdelijk om beleidsstrategisch het zorgbeleid en volksgezondheidsbeleid met elkaar in verband te brengen.

## Beleidsopties

De aanpak van de te verwachten volksgezondheidsproblemen vraagt om een beleid dat is gebaseerd op een realistische risico-, actoren- en belangenanalyse (RVZ 2006). Zowel de overheid, als de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars zullen het preventiebeleid onder het nieuwe verzekeringsstelsel opnieuw moeten bezien. Daaruit zal blijken welke rol het verzekeringsstelsel en dus de zorgverzekeraars bij het bevorderen van gezondheid en het voorkómen van ziekten zouden kunnen spelen. En, als dat méér moet zijn dan in het verleden het geval was, aan welke randvoorwaarden dan voldaan moet worden.

Op basis van de scenarioanalyse in dit essay is het te verwachten dat verzekeraars zullen nagaan wat een geschikte preventieportefeuille voor hen kan zijn. Daarbij zijn ongetwijfeld niet alleen schadelastbeperking, maar ook vergroting van het marktaandeel en verbetering van het collectieve risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie belangrijke criteria.

Evenzeer is te verwachten dat er -al dan niet wettelijk geregelde- (financiële) incentives voor verzekeraars en zorgaanbieders zullen worden aangebracht. In de huidige normuitkeringsystematiek is preventie en gezond leven nog geen parameter. Deze systematiek zou daartoe in de toekomst aangepast kunnen worden, bijvoorbeeld door sociaal-economische stratificatie expliciet mee te laten tellen. De zorgverzekeraars krijgen zo binnen hun maatschappelijke missie en eventueel gesteund door wetgeving, nadrukkelijker de taak om preventie uit te voeren. Zij ontvangen langs deze weg aparte financiële middelen voor deze taak. Daartegenover zou kunnen staan dat zij concreet verantwoording afleggen van hun preventieinspanningen.

Een veel gehoord bezwaar van zorgverzekeraars tegen het investeren in preventie is dat gezond gehouden verzekerden gemakkelijk zouden kunnen overstappen, waardoor de investering verloren zou gaan. Recent is voorgesteld hiertoe in de toekomst een systeem met transfersommen te ontwikkelen, maar of dat praktisch mogelijk is is de vraag. Een andere mogelijkheid is het wettelijk instellen van nieuw *preventiefonds*, waaraan zorgverzekeraars voorstellen kunnen doen voor preventieprogramma's. Dan kan de overheid een gericht preventiebeleid voeren, ook ten aanzien van de preventie binnen



de zorg. De zorgverzekeraars lijken vooralsnog echter verdeeld over de wenselijkheid van de instelling van een dergelijk fonds.

Tenslotte zal de landelijke overheid haar positie ten opzichte van de verschillende vormen van preventie moeten bepalen. Wil men blijven inzetten op de primaire preventie via leefstijlbeïnvloeding, of moet ook de secundaire preventie meer mogelijkheden krijgen?

## Literatuur

Helderman, J-K & T.E.D. van der Grinten (2007). Bevorderen, voorkómen, genezen en ondersteunen. Volksgezondheid & gezondheidszorg in de verzorgingsstaat. In: E. Engelen en A. Hemerijck (red.) *Verzorgingsstaat in reconstructie*. Boom, Amsterdam:

Klazinga, N. (2001). Bezorgdheid en bevlogenheid over public health in discussie stelselwijziging. *TSG 4-2001*: pag. 198

VWS (2006). Preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Ministerie van VWS, Den Haag.

Post, D. et al (2004). Sociale zekerheid en zorg: op weg naar een integratie? *TSG 82*: 526-529

RVZ (2006<sup>1</sup>). Advies Publieke Gezondheid. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.

RVZ (2006<sup>2</sup>). Achtergrondstudies bij het advies Publieke Gezondheid. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.



*drs. Maarten Boon (links)*

# Zorgverzekeraars en preventie: de curatief-preventieve droompolis<sup>6</sup>

Door: *Diana Monissen, lid Raad van Bestuur Agis Zorgverzekeringen en Maarten Boon, directeur strategie en innovatie Agis Zorgverzekeringen*

## Inleiding

“Voorkomen is beter dan genezen.” Dit oer-Hollandse gezegde is onverminderd van kracht. Het voorkomen van ziekte of aandoeningen of het voorkomen van ernstiger gezondheidsschade, als wel al sprake is van ziekte, leidt tot veel gezondheidswinst. Dat is niet alleen gunstig voor de individuele patiënt of voor de individuele burger maar ook voor de maatschappij als totaal. Gezondheidswinst is ook voor zorgverzekeraars meestal gunstig. Het leidt gemiddeld tot lagere zorgkosten. Vanuit die achtergrond is het evident dat zorgverzekeraars belang hebben bij preventie. Die relatie is echter niet altijd eenduidig. Preventie kan ook leiden tot medicalisering en overbodig medisch handelen.

Er gebeurt al veel rond preventie. Van de 12,5 miljard aan uitgaven voor preventie in 2003 werd 20% uitgegeven binnen de gezondheidszorg. Op de totale uitgaven dat jaar van 57,5 miljard is dat ruim 4,3%.<sup>7</sup> Dan gaat het alleen om de kosten van primaire en secundaire preventie. Bij primaire preventie gaat vooral over gezonde mensen die gestimuleerd worden om gezond te leven en gezondheidsrisico's te vermijden. Secundaire preventie heeft als doel ziekten in een vroeg stadium op te sporen. Daardoor kan de ziekte eerder worden behandeld, zodat de zieke eerder geneest of de ziekte niet erger wordt. Tertiaire preventie is een vorm van zorg. Hieronder vallen activiteiten die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand op te opheffen, te reduceren of te compenseren. Ook gaat het erom mensen, bij wie de ziekte al is vastgesteld, zelfredzamer te maken. Complicaties voorkómen en voorkomen dat de ziekte erger wordt, vallen eveneens onder deze vorm van preventie. De kosten van deze vorm van preventie zijn niet eenduidig vast te stellen omdat ze sterk samenhangen zijn met de reguliere kosten van de gezondheidszorg. Als zodanig maken ze ook deel uit van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

In 1992 is concurrentie tussen ziekenfondsen geïntroduceerd in Nederland. Voor die tijd bezaten de ziekenfondsen regionale monopolies. Tussen particuliere zorgverzekeraars bestond die concurrentie altijd al. Met de introductie van de zorgverzekeringwet in 2006 is nu sprake van volledige concurrentie tussen alle zorgverzekeraars. Met de komst van concurrentie ontstond ook voor ziekenfondsen de zogenaamde “preventieparadox”. Investeren in preventie zijn zinvol, maar alleen als de verzekerde, in wie is geïnvesteerd, wel bij dezelfde zorgverzekeraar blijft. De markt brengt dus beperkingen met zich mee. In de tijd van de regionale monopolies speelde dat niet. Iedereen was immers verplicht verzekerd bij hetzelfde ziekenfonds.

In dit artikel wordt vanuit de positie en visie van Agis zorgverzekeringen aangegeven welke preventieve activiteiten onderdeel kunnen zijn van de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen en welke voorwaarden daarvoor belangrijk zijn. In algemene zin kan gesteld worden dat een ideale basispolis zoveel mogelijk preventie moet bevatten.

---

<sup>6</sup> Een deel van de hier gebruikte teksten komt uit andere publicaties, zoals uit kranten en het RIVM.

<sup>7</sup> Kosten van preventie in Nederland 2003, RIVM en ErasmusMC 2006

## 1. Een Nederlandse bloemlezing

Om een indruk te krijgen van de stand van de Nederlandse gezondheidszorg, een overzicht van diverse feiten:

- De kwaliteit en effectiviteit van de Nederlandse gezondheidszorg houdt geen gelijke tred met de beste Europese landen;
- Er zijn grote regionale verschillen in gezondheid in Nederland. Het verschil tussen de hoogste en laagste levensverwachting bedraagt bijna 12 jaar. Het percentage roker varieert van 28% tot 36% en het percentage mensen met overgewicht loopt uiteen van 6% tot 16%;
- De toename van de levensverwachting bij de geboorte neemt in Nederland minder snel toe dan in andere landen van de OESO;
- Nederland scoort benedengemiddeld bij EU-15 landen wat betreft de tevredenheid met het zorgsysteem;
- In Nederlandse ziekenhuizen overlijden jaarlijks 1500-6000 mensen als gevolg van incidenten die te vermijden waren geweest. Een vermindering van het aantal incidenten met 75% in 15 jaar moet mogelijk zijn. In het verkeer vallen jaarlijks steeds minder doden (in 2004: 1088 en in 2005: 881).<sup>8</sup>
- Er is sprake van een toegenomen risico op kindersterfte in Nederland. Internationaal gezien is Nederland gedaald van een van de besten tot de middenmoot.<sup>9</sup>
- Nederlanders zijn relatief hardnekkig in het volhouden van ongezond en risicovol gedrag (roken, drinken, overgewicht);
- Als het gaat om gezond gedrag en gezondheid is de individuele keuzevrijheid nogal betrekkelijk. Vanwege de invloed van de sociale en fysieke omgeving op leefstijl en gezondheid (sociaal economische status, wonen en leefomgeving, luchtverontreiniging en heersende sociale normen);
- Uit internationaal kosteneffectiviteitonderzoek blijkt dat er tal van kostenbesparende of relatief goedkope preventieve interventies zijn die in Nederland nog niet op systematische wijze zijn ingevoerd. Vaak gaat het om vormen van ziektepreventie bij mensen met een hoog risico op ziekte of om het voorkómen van verergering van ziekte bij patiënten. Maar er zijn ook voorbeelden van gezondheidsbevordering of -bescherming die kosteneffectief zijn, zoals tabaksontmoediging of valpreventie bij ouderen.
- De toegankelijkheid van de zorg in Nederland is matig en verslechtert voor mensen in achterstandswijken en voor marginale groepen in de samenleving (illegalen, dak- en thuislozen, onverzekerden);

Als we naar bovenstaande lijst kijken, dan is de Nederlandse gezondheidszorg voor verbetering vatbaar.

---

<sup>8</sup> Ook voor de Europese Commissie telt ieder slachtoffer in het verkeer. Zij heeft zelfs op elke verkeersdode een 'prijs' gezet: het ronde bedrag van één miljoen euro. Deze uiterst conservatieve schatting omvat het gederfde inkomen van het slachtoffer en de kosten van politie en ziekenhuis. Met ruim 40.000 verkeersdoden per jaar in de EU komt de totale 'rekening' boven de 40 miljard euro per jaar uit. De Europese Commissie heeft ook berekeningen van de kosteneffectiviteit gemaakt. Het veiliger maken voor voetgangers en fietsen van voorzijden van auto's kan het dodental met 650 tot 2.200 verminderen. De kosten per voorkomen verkeersdode zijn echter hoog: 140.000 tot drie miljoen euro. Passen we dezelfde berekeningssystematiek toe op vermijdbare sterfte in ziekenhuizen in Nederland dan zijn de kosten tussen de anderhalf en 6 miljard.

<sup>9</sup> Sommige factoren verhogen het risico op sterfte rond de geboorte. Een aantal daarvan is recent in Nederland in belang toegenomen: de relatief hoge leeftijd van moeders bij geboorte van hun kind en de daarmee samenhangende verhoogde kans op meerlinggeboortes, het aandeel van geboortes bij allochtone moeders en het roken van moeders. Overgewicht en obesitas van de moeder lijken eveneens gepaard te gaan met een verhoogd risico op perinatale sterfte.

## 2. Het belang van preventie

Zorgverzekeraar VGZ vergoedt sinds 2005 zijn verzekerden het prijsverschil tussen gewone zuivelproducten en zuivelproducten van het merk Becel pro-activ. Deze margarine bevat een cholesterolverlagend middel, dat bij regelmatig gebruik de kans op een hartinfarct vermindert. VGZ wil de verkoop ervan stimuleren om daarmee, naar eigen zeggen, het aantal hart- en vaatziekten terug te dringen.

*In verschillende dagbladen is zuur op dit bericht gereageerd. Trouw noemt de 'gratis boter' een lokkertje. De NRC spreekt van koppelverkoop. 'Het lijkt een nobel initiatief, maar bij nader inzien is er toch wel iets aan op te merken.' Het AD spreekt van een stunt en de Volkskrant vraagt zich af wie de volgende verzekeraar is die ziet dat preventie goed scoort in de publiciteit en ook gezonde producten gaat uitdelen. De zorgverzekeraar handelt uit eigen belang. Maar wat is daar mis mee?*

Begin januari 2006 meldde Trouw dat de zorgverzekeraar Ohra/Delta Lloyd zijn verzekerden gezondheidstests wil gaan aanbieden. In eerste instantie voor de eigen werknemers, daarna mogelijk voor alle verzekerden. Die kunnen er dan voor kiezen zich jaarlijks medisch te laten onderzoeken op veel voorkomende aandoeningen als hart- en vaatziekten en bepaalde vormen van kanker.

*Het ministerie van volksgezondheid leek niet blij met de aankondiging. Preventief testen op vormen van kanker valt onder de wet op bevolkingsonderzoek, liet het ministerie weten, en vergt daarom een vergunning.*

Het belang van preventie in de gezondheidszorg is onomstreden. Er is een groot aantal spelers bij betrokken. De overheid en de aan haar gelieerde instellingen en instituten, de zorgverleners en de zorgverzekeraars. Maar ook belangenorganisaties van patiënten en consumenten, opleiding- en onderzoeksinstituten, een keur aan particuliere initiatieven. En niet te vergeten bedrijven. Zij hebben of claimen allemaal een rol in preventie. Het is niet altijd duidelijk wie welke verantwoordelijkheden heeft. Duidelijk is wel dat een zeer belangrijke rol is weggelegd voor de overheid en het gezondheidszorgsysteem.

Preventie heeft de afgelopen 150 jaar tot fenomenale resultaten geleid. In 1875, toen de meeste epidemieën waren verdwenen, was de gemiddelde levensverwachting minder dan 40 jaar. In de daarop volgende eeuw (tot 1970) is deze verwachting met bijna 35 jaar gestegen. Nu is de gemiddelde levensverwachting in Nederland bij de geboorte voor mannen 76,2 en voor vrouwen 80,9 jaar.

Belangrijk is niet alleen de gemiddelde levensverwachting, maar juist de gezonde levensverwachting. Vrouwen leven langer dan mannen. Maar het aantal jaren dat mannen en vrouwen in goede gezondheid doorbrengen, is nagenoeg gelijk. De levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is bijvoorbeeld 69,9 jaar voor mannen en 69,8 jaar voor vrouwen. Ook het aantal jaren in goede ervaren en geestelijke gezondheid is voor mannen en vrouwen ongeveer gelijk. Het aantal jaren dat vrouwen langer leven dan mannen, brengen zij dus, gemiddeld genomen, in ongezondheid door. Overigens bestaan deze ongezonde jaren voor het grootste gedeelte uit 'lichte' ongezondheid. De écht ongezonde jaren (matige en ernstige ongezondheid) is op een heel leven maar beperkt. Voor mannen 2,8 jaar en voor vrouwen 4,3 jaar<sup>10</sup>. Het grootste deel daarvan valt ook nog in de laatste twee levensjaren. Dat zijn ook de meest kostbare jaren.

Een zeer belangrijke factor bij zowel het voorkomen als de bestrijding van ziekten, is de snelle ontwikkeling van de farmacie. Het gebruik van preventieve geneesmiddelen gericht op het voorkomen of verergeren van chronische aandoeningen in de gezondheidszorg is zeer sterk gestegen de afgelopen 15 jaar. Er komen voortdurend nieuwe (genees)middelen bij. Dat levert discussies op. Niet alleen vanuit medisch-ethisch oogpunt maar ook vanuit een financiële invalshoek. Over de mate waarin deze middelen kunnen worden voorgeschreven. Stel dat er een middel op de markt toegelaten wordt

---

<sup>10</sup> bron RIVM

wat de ontwikkeling van Alzheimer remt of zelfs voorkomt. De risicogroepen voor Alzheimer zijn nog niet goed bekend. Dus wie krijgt dit middel dan voorgeschreven?

### 3. De kosten van preventie

In 2003 werd €12,5 miljard uitgegeven aan preventie. Gezondheidsbescherming nam met 80% (€10 miljard) het grootste deel van de uitgaven voor zijn rekening:

<i>Totale uitgaven preventie 2003</i>	<i>miljarden €</i>
Gezondheidsbescherming (drinkwater, riolering, lucht, verkeer)	10,000
Ziektepreventie	2,125
Gezondheidsbevordering	0,375
<i>totaal</i>	<i>12,500</i>

<i>Uitgaven preventie binnen de gezondheidszorg 2003</i>	
Gezondheidsbevordering	16%
Gezondheidsbescherming	1%
Ziektepreventie	83%
<i>Totale uitgaven</i>	<i>2,5 miljard</i>

De uitgaven per persoon aan gezondheidsbevorderende maatregelen zijn hoger bij volwassenen dan bij kinderen en ouderen. Ondanks de vele preventieve activiteiten in de Jeugdgezondheidszorg en het Rijksvaccinatieprogramma waren de uitgaven aan ziektepreventie per hoofd van de bevolking bij 0-19 jarigen aanzienlijk lager dan bij personen boven de 45 jaar. De hogere uitgaven bij oudere leeftijdsgroepen werden voornamelijk veroorzaakt door het bevolkingsonderzoek borstkanker, en het gebruik van bloeddrukverlagers en cholesterolverlagers. De uitgaven aan preventie zijn iets hoger bij vrouwen, voornamelijk door de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker en baarmoederhalskanker, de zwangerschapsbegeleiding en het gebruik van anticonceptiva. Ook gebruikten vrouwen meer bloeddrukverlagers, vitaminen en medicatie tegen botontkalking dan mannen.

<i>Uitgaven ziektepreventie 2003</i>	
Voorkomen infectieziekten	34%
Voorkomen Ongevallen	29%
Voorkomen Aandoeningen luchtwegen	13%
Voorkomen Hart- en vaatziekten	8%
Voorkomen Psychische stoornissen	5%
<i>Totale uitgaven</i>	<i>2 miljard</i>

Bij sommige aandoeningen zijn door preventie van ziekte en zorg besparingen op de zorgkosten mogelijk. Zoals bij infectieziekten en ongevallen. Voor andere aandoeningen zijn de mogelijkheden om ziekte te voorkómen beperkter. Omvangrijk zorggebruik leidt tot hoge of zelfs zeer hoge kosten. Vooral handicaps, psychische stoornissen en de chronische ouderdomsziekten kunnen in dit verband worden genoemd. Daarmee is ook duidelijk op welke terreinen preventie tot omvangrijke besparingen kan leiden. Dit hangt uiteraard af van de beschikbaarheid en de kosteneffectiviteit van die preventieve maatregelen. Ondanks dat op meerdere terreinen vooruitgang wordt geboekt, geldt dat voor veel ziekten nog geen preventiemethode in zicht is.

Deze opsomming en conclusie uit het in 2006 verschenen rapport “Kosten van preventie Nederland 2003” van het RIVM en Erasmus MC, laten zien dat tot nu toe de invloed die zorgverzekeraars hebben op de uitgaven voor preventie nauwelijks van betekenis is. De meeste kosten worden uitgegeven binnen het zorgsysteem en worden bepaald door de professionals, de behandelaars.

#### **4. Zorgverzekeraars en preventie**

Alle Nederlandse zorgverzekeraars besteden aandacht aan preventie. Het gaat dan vooral om het bevorderen van een gezonde levenswijze en het ondersteunen van klanten bij zaken als bewegen en sportbeoefening. Veel zorgverzekeraars adviseren hun klanten over gezond zijn en gezond blijven. Deze adviezen zijn marketinginspanningen geworden. Daarnaast zijn er vaak vergoedingen opgenomen in de aanvullende verzekeringen voor preventieve activiteiten. Deze variëren van vergoedingen voor deelname aan sportieve activiteiten en beweegprogramma's. Maar er worden ook kortingen geboden op producten die met gezonde activiteiten te maken hebben of waarvan bekend is dat ze een gezondheidsbevorderd effect hebben. Agis adviseert ook haar verzekerden. Zo bieden we het programma “Met Agis in beweging” en beweegprogramma's voor chronische zieken.

Een relatief nieuw preventiegebied is de arbeidsgerelateerde zorg. De meeste zorgverzekeraars bieden nu al collectiviteiten voor bedrijven waar allerlei nevenactiviteiten worden aangeboden. Zoals ziekteverzuimbeheersing, snelle behandeling en snelle reïntegratie. Daar ligt een gezamenlijk belang. Een deel van de kosten die vroeger door de werkgevers werden betaald, zoals de bedrijfsarts, kunnen nu worden ondergebracht in de basisverzekering. Een ander voorbeeld is het verlengen van de bedrijfstijd van ziekenhuizen en deze exclusief aanbieden voor grote werkgevers met een collectief contract. Dat kost extra geld maar die kosten kunnen, omdat ze passen binnen de geaccepteerde kosten in ons zorgsysteem, worden uitgesmeerd over alle, ook niet collectieve, verzekerden. Deze ontwikkeling beperkt zich niet tot de genoemde voorbeelden. Preventieve bedrijfscampagnes (RSI, griepvaccinaties op het werk, collectieve bedrijfsfitness, jaarlijkse preventie screening) en secundaire bedrijfspreventie (fysiotherapie, psychologische hulp, programma's rond therapietrouw) zie je nu in de afspraken tussen werkgevers en zorgverzekeraars verschijnen. De bereidheid daar geld voor uit te geven is sterk groeiend, Ook als die kosten niet binnen het reguliere zorgsysteem worden gedekt. Met de WIA is de verantwoordelijkheid van de werkgever zo groot en ook zo langdurig geworden dat effectieve verzuimpreventie en het voorkomen van arbeidsongeschiktheid direct zijn geld opbrengt.

Als we naar dit scala van activiteiten kijken, dan is duidelijk dat zorgverzekeraars preventie ontdekt hebben als marketing- en verkoopinstrument. Vanuit dat perspectief is het niet verwonderlijk dat de gezamenlijke zorgverzekeraars binnen Zorgverzekeraars Nederland eerder dit jaar geen overeenstemming konden bereiken over het instellen van een Preventiefonds. Te vullen met een kleine opslag op de premies van 1-3 euro per jaar. Preventie is immers concurrentiegevoelig geworden.

Die standpuntbepaling binnen ZN was niet unaniem. Er zijn ook bestuurders die wel voelen voor een preventiefonds, te betalen uit de premies. Vanwege het vrijwillige karakter is een unaniem besluit echter een voorwaarde. Als maar een deel van de zorgverzekeraars een preventiefonds zou instellen versterkt dat alleen maar de preventieparadox.



#### 4.1. De preventieparadox<sup>11</sup>

Als preventie breder wordt bekeken dan is het opvallend dat de activiteiten van zorgverzekeraars sterk uiteen lopen. Activiteiten die vanuit een marketingoptiek goed scoren worden door alle zorgverzekeraars ingezet en betaald. Secundaire en tertiaire preventie echter niet. Terwijl deze laatste inspanningen echt duidelijke gezondheidswinst opleveren. Die verkopen echter niet zo goed. Dit verschil in inzet heeft te maken met de zogenaamde preventieparadox. Als een zorgverzekeraar veel geld uitgeeft aan preventie – dus buiten de directe marketinginspanningen - dan heeft dat effect op de hoogte van de premies. Die stijgen. En premies raken direct aan de concurrentiepositie. Veel Nederlanders kiezen hun polis op basis van prijs in plaats van kwaliteit of de goede bedoelingen van de zorgverzekeraar. Daar komt bij dat het heel lastig is secundaire en tertiaire preventie activiteiten door zorgverleners uitsluitend voor eigen verzekerden te realiseren. Een voorbeeld daarvan is de ketenzorg. Patiënten zijn gebaat bij de ontwikkeling van zorgketens rond specifieke aandoeningen. In een dergelijke keten bewaken de professionals dat de patiënt centraal staat en dat alle (be)handelingen van de verschillende zorgverleners op elkaar worden afgestemd. Daarin zitten ook elementen van secundaire en tertiaire preventie. Bijvoorbeeld het actief opsporen van potentiële patiënten, het bewaken van therapietrouw bij al gediagnosticeerde patiënten en het voorkomen van vervolgschade door tijdige diagnostiek en behandeling. Het inrichten van een zorgketen voor diabetespatiënten is hiervan een goed voorbeeld. Daar wordt in Nederland veel over gesproken, maar er zijn maar weinig zorgverzekeraars die daarin ook echt investeren. Agis is wel een van die maatschappijen. Een ketenprogramma rond Diabetes (het inrichten daarvan kost veel inspanning en veel geld) wordt gebruikt voor alle patiënten, ongeacht waar ze verzekerd zijn. Het extra geld dat Agis beschikbaar stelt (wel gerelateerd aan de eigen verzekerden/patiënten) wordt dan gebruikt om bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige aan te stellen en om een registratieprogramma te ontwikkelen en onderhouden. Maar van het effect profiteren alle patiënten en niet alleen de eigen verzekerden van Agis.

Diabetesketens zijn regionaal. Bij een diabetesketen gaat het al snel om investeringen van vele miljoenen (voor de 12 gecontracteerde diabetesketens in 2006 kost dat Agis ongeveer 6 miljoen). Dat leidt tot een opslag van ongeveer 5 euro op de premie. Vanuit het oogpunt van preventie en kwaliteit wil Agis deze ketens graag overal in haar werkgebied introduceren. De totale investeringen lopen dan al snel op naar 20-30 miljoen. Het effect op de premie wordt dan al snel 2 euro of meer per maand. Dat heeft direct effect op de concurrentiepositie.

Een tweede effect heeft te maken met de duur van de verzekering. De gezondheidsvoordelen van een gestructureerd diabetesprogramma worden pas na enkele jaren zichtbaar. De kostenvoordelen van deelname dus ook. Het leidt tot minder co-morbiditeit en tot minder gezondheidsschade. Als de verzekerde/patiënt echter tussentijds overstapt naar een goedkopere zorgverzekeraar dan profiteert die van de investeringen. Dat is de kern van de preventieparadox.

Waarom Agis –ondanks deze paradox - toch investeert in deze ontwikkelingen heeft te maken met de achtergrond en de geschiedenis van Agis. En met onze opvatting dat er goed gezorgd moet worden voor de gezondheid van onze verzekerden. Het gaat ons dus

---

<sup>11</sup> Daar is in het verleden al vaker onderzoek naar gedaan:

- De vrije verzekeringsmarkt verlaagt de prikkel tot preventie. Dit blijkt o.a. uit een onderzoek van Erhlich en Becker uit 1972;
- Er is sprake van een ongelijke kosten-batenverhouding. Zorgverzekeraars kiezen dan eerder voor het voorkomen van zekere kosten dan voor onzekere opbrengsten vanwege toegenomen (gezondheids)winst (Kahneman & Tversky 1979);
- Tijdsvoorkeur (kosten gaan soms ver voor baten uit) (Fuchs 1982);
- Mobiliteit verzekerde beperkt profijt verzekeraar (in 2006 naar bijna 20% t.o.v. van bijna 3% in 2005);
- Publiek gewenst gedrag van de zorgverzekeraar leidt tot free-riders gedrag bij de concurrenten;

niet alleen om het belang van de organisatie of het maken van winst. Hier speelt een sociaalchristelijke traditie. Met de introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet en het nieuwe stelsel staat deze traditie sterk onder druk. In de concurrentiele omgeving worden het organisatiebelang en de winst veel dominanter.

In het maatschappelijke debat wordt wel nadrukkelijk gekeken naar de zorgverzekeraars als het gaat om preventie. Eind 2005 schreef de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) in een persbericht het volgende:

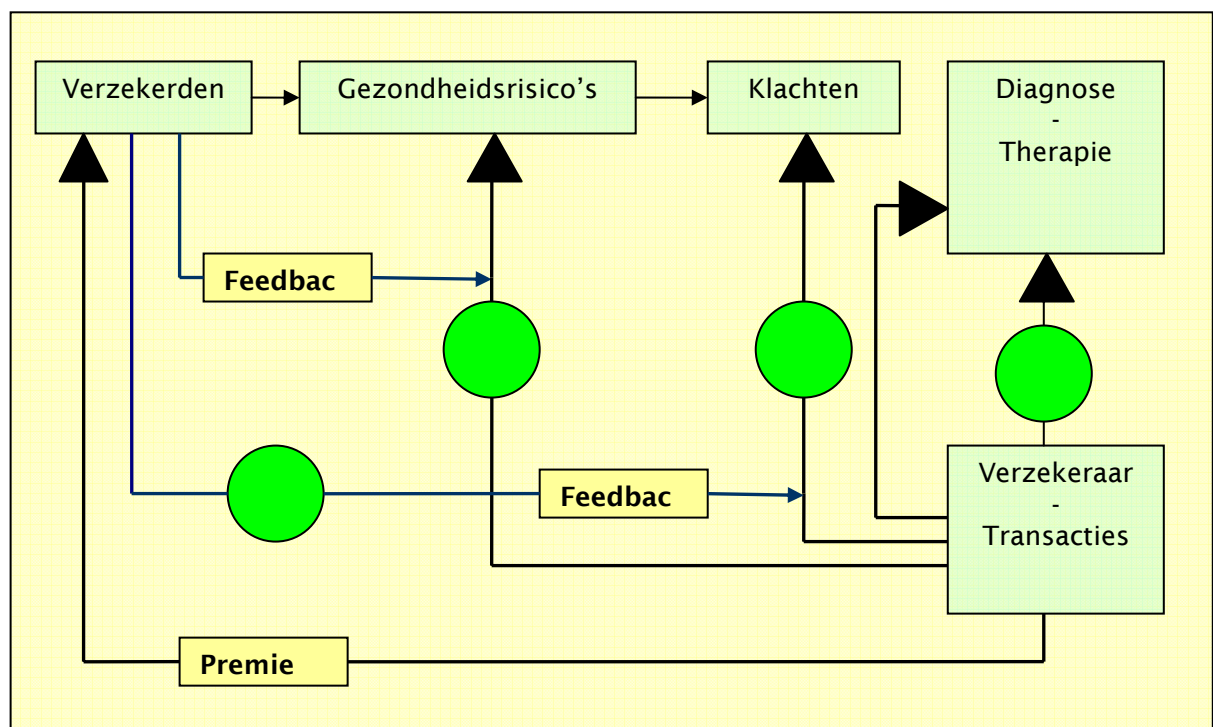
*De minister vindt dat zorgverzekeraars meer over moeten hebben voor gezondheidsbehoud en het bevorderen van gezondheid van hun verzekerden. De zorgverzekeraars zijn geïnteresseerd, maar uiterst voorzichtig omdat hun verzekerden per jaar kunnen besluiten met een andere verzekeraar een nieuw contact af te sluiten. Investeren in hun verzekerden is alleen interessant als het effect van het aangeboden ook daadwerkelijk zichtbaar wordt in een lagere schadelast.*

*Het kabinet laat het succes van haar preventiebeleid mede afhangen van de mate waarin zorgverzekeraars effectieve preventie leveren. Zonder regelingen, afspraken en prikkels voor de zorgverzekeraars zullen zorgverzekeraars alleen bereid zijn om in preventie te investeren als een vorm van klantenwerving en niet vanwege de gezondheidsresultaten. Het opnemen van preventie in de pakketten zal de door alle partijen gewenste extra aandacht voor preventie in de curatieve zorg (o.a. eerstelijns) stimuleren. Als preventie wordt opgenomen in (aanvullende) financiering en zorgverleners dus (extra) betaald krijgen voor extra preventietaken, zal dat de uitvoering van preventie in de zorg vergroten.*

Zorgverzekeraars zullen deze handschoenen niet zomaar opnemen. Daarvoor moeten nog een aantal barrières geslecht worden, vooral rond de preventieparadox.

#### 4.2. De visie van Agis als zorgverzekeraar

Bij haar inkoopstrategie hanteert Agis de filosofie dat voorkomen beter is dan genezen. Visueel wordt dat zichtbaar aan de hand van onderstaand schema:



De kosten van een zorgverzekeraar ontstaan wanneer patiënten in het zorgsysteem terechtkomen. Op dat systeem is invloed uit te oefenen door op een goede manier zorg in te kopen: doelmatige en doeltreffende zorg ten een redelijke prijs. Als echter de inspanningen verlegd worden naar procesmanagement na het ontstaan van klachten (secundaire preventie zoals therapietrouw bij een chronische ziekte) dan kan dat leiden tot mindere uitgaven. Als vervolgens de inspanningen gericht worden op het verminderen van gezondheidsrisico's (primaire preventie) dan voorkomt dat het ontstaan van klachten. We noemen dat risicomangement. Dat heeft uiteindelijk een gezondheidsbevorderend en kostenverlagend effect. Een doel wat Agis als maatschappelijke zorgverzekeraar nadrukkelijk nastreeft. Als Agis vervolgens in staat is om verzekerden ook langdurig aan zich te binden dan profiteert ze zelf van deze effecten.

### ***Proces- en risicomangement in 4 stappen:***

1. Kostenbeheersing door uitgavenbeheersing (bv. door prijsonderhandelingen rond vergoedingen en budgetafspraken). Het betreft het primaire proces van kostenbeheersing in de zorg voor een zorgverzekeraar. Op basis van de jaarlijkse uitgaven wordt immers de hoogte van de premie van het volgende jaar berekend;
2. Kostenbeheersing op basis van procesmanagement (organisatie van de zorg rond specifieke doelgroepen of aandoeningen). Het betreft bijvoorbeeld inkoop van diabeteszorg in een keten of inkoop van vrouwenzorg bij een franchise organisatie, of psychiatrische zorgmodules;
3. Kostenbeheersing op basis van preventie- of risicomangement. Het betreft bijvoorbeeld inkoop van bewegingsprogramma's, inkoop van informatie en scholingsproducten of inkoop van decubituszorg in een ziekenhuis;
4. Kostenbeheersing op basis van feedback van klanten op de zorginkoop, gaat over het verzamelen van klantenervaringen (CQ index) die gebruikt worden bij de inkoop van zorg.

Agis ontwikkelt momenteel zorgketens voor diverse chronische aandoeningen. Naast diabetes zijn dat COPD, hartfalen en depressie. Die ketenontwikkeling is een kostbare zaak. Ketens functioneren lokaal tussen huisartsen, specialisten/ziekenhuizen, apothekers en fysiotherapie. Ook de eerstelijnspsycholoog en het maatschappelijk werk zijn belangrijke disciplines. Met extra inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen. Dat vraagt om protocolontwikkeling, veel afstemming en veel overtuigingskracht. Agis zet voor de ontwikkeling van deze ketens externe mensen in, meestal op projectbasis, omdat weerstanden van professionals dan makkelijker overwonnen kunnen worden. Met al deze ketens is veel gezondheidswinst en ook veel kostenvoordeel te halen (als de verzekerden tenminste niet van zorgverzekeraar gaan wisselen).

Een relatief nieuwe ontwikkeling is het contracteren van ketenzorg. Agis sluit contracten met groepen behandelaars waarbij niet alleen de keten is gedefinieerd maar waarbij ook de uitkomsten van het ketenzorgproces (aantoonbare gezondheidswinst) als parameter wordt meegenomen.

#### ***4.3. Verevening als instrument tot bevordering van preventie***

Een zorgverzekeraar die vooral gericht is op schadebeheersing wil graag een populatie van verzekerden die gezond is en ook gezond leeft. Die gezondheidsrisico's zoals roken, drinken en te weinig beweging vermijdt. Die niet gestrest is en niet depressief. Die geen psychische (arbeidsgerelateerde) problemen heeft en die niet deelneemt aan extreme en gevaarlijke sporten. Dus liever niet (zaal)voetbalt, rugbyt, skate, skiet, bergen beklimt, wildwaterkanoet, duikt, parachutespringt en bungyjump. Deze lijst is gemakkelijk uit te breiden.

In de praktijk heeft een zorgverzekeraar meestal een doorsnee van de populatie als verzekerden. Voor Agis is dat nadrukkelijk niet het geval. Vanuit de historie heeft Agis veel verzekerden in de steden Amsterdam, Almere en Utrecht. De gemiddelde Agis-verzekerde is laag opgeleid, heeft een lage sociaal economische status en woont gemiddeld ook in minder goede wijken. Dat betekent dat het verzekerdenbestand van Agis minder gezond is dan het Nederlandse gemiddelde. Dat leidt tot hogere uitgaven.

Om niet beïnvloedbare kostenverschillen tussen verzekeraars te middelen is er een risicovereveningssysteem.

Het vereveningssysteem verevent de kosten van geobjectiveerde gezondheidsverschillen in de populatie, die niet door de zorgverzekeraars beïnvloed kunnen worden. Op zich een uitstekend systeem, gericht op het voorkomen van risicoselectie en daarmee een kernelement van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Binnen de verevening wordt gewerkt met factoren als leeftijd, geslacht, regio, diagnostische kostengroepen en farmaceutische kostengroepen. Deze zijn gerelateerd aan de gezondheidskosten van specifieke groepen over de afgelopen jaren. Een jongere levert minder op dan een ouder iemand. Een diabetespatiënt levert meer op dan een gewone verzekerde enz. Dus een gezonde populatie, die weinig kosten maakt, krijgt een lagere uitkering uit het vereveningsfonds dan een ongezonde populatie.

Vanuit risicomangement kunnen zorgverzekeraars op zoek gaan naar die groepen die vanuit de vereveningsystematiek verdienpotentie hebben. Dat kunnen bijvoorbeeld sommige groepen patiënten met een specifieke ziekte zijn of sommige groepen chronische zieken. Als bij die specifieke groepen de schadelast kan worden vermindert of uitgesteld, dan kan dat profijtelijk zijn. Het vereveningsprofiel is immers gebaseerd op gemiddelden. Zorgverzekeraars hebben er dan belang bij zoveel mogelijk mensen uit die groep als verzekerde aan te trekken. Het gaat echter om een korte termijn effect omdat de lagere kosten in een bepaalde groep na een paar jaar leidt tot een lagere uitkering uit het vereveningsfonds. In deze systematiek van verevening is het economisch niet interessant om veel investeringen te doen in langjarige preventieprogramma's. Dat geld is niet terug te verdienen. Alleen korte termijn besparingen zijn interessant. Dat negatieve effect wordt sterker als het niet gaat om profijtelijke groepen maar om gewone, gemiddelde verzekerden.

Vanuit de optiek van de overheid is dit een interessant mechanisme. Door verfijning van het vereveningssysteem en het selectief opnemen van parameters in het systeem kan worden gestuurd op wenselijk gedrag van zorgverzekeraars (uitgaande van de veronderstelling dat iedere zorgverzekeraar handelt vanuit economische motieven). Door nu preventieactiviteiten als parameter in het vereveningssysteem op te nemen kan de overheid bijdragen aan de investeringsbereidheid op dit terrein van zorgverzekeraars. Dat kan worden gekoppeld aan daadwerkelijke en aantoonbare investeringen. Daarmee wordt een deel van de preventieparadox teniet gedaan.

#### *4.4. Preventie en gedragsverandering*

Veel mensen hebben er moeite mee om gewoonten te veranderen, ook al is dat beter voor hen. Genetische aanleg spreekt een woordje mee, maar ook de omstandigheden waarin we dagelijks verkeren. Daar kunnen we wel wát aan doen maar we hebben die omstandigheden maar beperkt zelf in de hand. Anderen, de overheid, de industrie, private partijen en bijvoorbeeld ook de zorgverzekeraars kunnen daaraan een bijdrage leveren. Als je gezond gedrag wil stimuleren, moet je de gezonde keuzen gemakkelijker maken.

De bal bij preventie en bij gezond gedrag wordt gemakkelijk rondgespeeld. De overheid wijst de patiënt op zijn eigen verantwoordelijkheid. De patiënt klopt bij de verzekeraars aan. De zorgverzekeraar vindt dat preventie niet bij hem, maar bij de overheid thuishoort. Maar resultaatvoetbal vraagt om samenspel. Dat levert meer op. Het ongezonde gedrag in Nederland is hardnekkig, zoals ook blijkt uit de reeks van Volksgezondheid Toekomst Verkenningen<sup>12</sup> sinds 1993. Preventie vergt daarom een intensieve en integrale aanpak waarbij een combinatie van instrumenten wordt ingezet. Deze aanpak richt zich niet alleen op het individu, maar ook op zijn of haar omgeving. Daarnaast moet de 'gezonde' keuze niet alleen gemakkelijk en aantrekkelijk worden gemaakt, maar ook nog eens voor iedereen realiseerbaar.

---

<sup>12</sup> Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2006, RIVM 2006

Als voorbeeld het programma Big!Move. Dat combineert de inspanningen van verschillende partijen. Met het gezondheidskanaal als signalering en ingang worden mensen geselecteerd en aangemoedigd deel te nemen aan een programma waarin de deelnemer op individueel en collectief niveau verleid wordt te bewegen. Maar ook om activiteiten te kiezen die tot actieve deelname aan het maatschappelijke verkeer leiden. De deelnemers betalen een eigen bijdrage die voor Agis verzekerd deels wordt vergoed. Bij de start van het programma is deze laag om geen te hoge drempel op te werpen. Als een deelnemer langer in het programma zit wordt de bijdrage geleidelijk hoger. Het programma is zeer succesvol. Groepen die anders moeilijk bereikbaar zijn (bijvoorbeeld mensen met een lage opleiding) blijken wel aan dit programma deel te nemen. Het programma laat zien welke potentie de samenwerking tussen partijen als de zorgverleners, de gemeente en de zorgverzekeraar heeft. Na de start in Venserpolder in Amsterdam Zuidoost start Agis nu ook dit programma in Utrecht.

#### 4.5. Allochtonen en preventie

Uit de VTZ-2006 van het RIVM blijkt dat de relatieve gezondheid onder allochtone groepen in Nederland sterk achterblijft bij de autochtone populatie. De gegevens hierover betreffen voornamelijk de klassieke allochtone groepen: Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen.

- De sterfte onder baby's en zuigelingen is hoger;
- De sterfte onder Turkse, Surinaamse en Antilliaanse de mannen is 25% hoger en onder Marokkaanse mannen 15% hoger. De sterfte onder Surinaamse en Antilliaanse vrouwen ligt hoger dan bij autochtone vrouwen;
- Allochtonen hebben vaker diabetes;
- Hart- en vaatziekten komen vaker voor bij Turken en Surinamers, minder vaak onder Marokkanen;
- Borstkanker komt vaker voor onder allochtonen;
- Surinamers, Antillianen en Marokkanen leiden vaker aan schizofrenie;
- De geestelijke gezondheid onder Turkse en Marokkaanse kinderen is slechter dan onder allochtone kinderen;
- Allochtone mannen roken vaker;
- Excessief alcoholgebruik komt onder allochtonen even vaak voor als onder autochtonen;
- Overgewicht komt onder de Turkse en Marokkaanse jeugd veel vaker voor dan onder de autochtone jeugd

Ook het zorggebruik van allochtonen is afwijkend:

- Allochtonen bezoeken 2-maal zo vaak de huisarts, bezoeken vaker de RIAGG en het Sociaal Werk en gaan minder vaak naar de specialist, het ziekenhuis en de tandarts;
- Dit zorggebruik hangt voor een deel samen met de lage SES van veel allochtonen maar voor een deel ook niet. Het ziekenhuis en specialistenbezoek is opvallend veel lager: 40% voor ziekenhuis en 30% voor specialist dan onder de vergelijkbare autochtone groep met een lage SES

Er is nog veel te doen aan de zorg voor deze groepen. Voorlichting en preventie leveren daar een grote bijdrage aan, zeker als deze specifiek op deze groepen is gericht en als de communicatieve boodschap ook aansprekend is voor de populatie.

Kijkend naar het totale zorggebruik is sprake van ondergebruik van zorg bij allochtonen. Preventie bij die groep is er onder meer op gericht ze beter van zorg gebruik te laten maken (compliance bij medicijngebruik, tijdige screening op gezondheidsvariabelen). Op de korte termijn stijgen daarmee hun kosten van zorggebruik. Op de langere termijn is het goedkoper omdat ze minder kosten maken door een juist en doelmatig zorggebruik. Ook hier is de preventieparadox zichtbaar: korte termijn investeringen leveren niets op en lange termijn investeringen komen mogelijk bij de concurrent terecht.

#### 4.6. GGz en preventie

Een zorgwekkend punt is de ontwikkeling van de Geestelijke Gezondheidszorg. Nu valt deze nog onder de AWBZ maar in 2008 wordt deze zorg (tot 1 jaar) onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Bekend is dat de consumptie van GGz onder groepen met een lagere SES aanmerkelijk hoger ligt dan bij andere groepen. Allochtonen scoren ook hoog maar kennen ook nog allerlei beperkingen in de toegang naar de GGz.

Vanuit kwalitatief oogpunt is de ontwikkeling van preventieve programma's, die GGz problematiek vroegtijdig onderkent en probeert mensen eerder en sneller adequate zorg te bieden, een goede zaak. Dat past in de algemene doelstelling van Agis.

Vanuit kosten oogpunt ligt hier een groot risico op de loer. Hogere zorgconsumptie die niet direct herleidbaar is tot objectieve gezondheidsverschillen, wordt niet of maar heel gedeeltelijk (regiofactor, inkomensgrondslag) in de vereveningssystematiek gecompenseerd. Op dit moment liggen de kosten van de GGz in de grote steden gemiddeld 20% - 100% hoger dan het gemiddelde van Nederland (in Amsterdam bijvoorbeeld is dat 200 in plaats van 100 euro gemiddeld per jaar). Dat wordt deels veroorzaakt door het aanbod (meer GGz instellingen en GGz professionals) maar een ander deel is moeilijker verklaarbaar. In financiële zin is daar dus sprake van een dubbel risico.

### 5. De curatief-preventieve droompolis

Wat zou Agis nu graag aan preventie activiteiten in een zorgpolis opnemen? Hoe ziet deze droompolis er uit?

Bij de nadere beschouwing wordt in eerste instantie gekeken naar de basisverzekering. Dat is een wettelijk vastgesteld pakket wat een toegelaten zorgverzekeraar heeft uit te voeren. Zorgverzekeraars worden daarop getoetst door het College voor Zorgverzekeringen. In de aanvullende verzekeringen spelen deze verplichtingen en beperkingen niet. Dat zijn geheel particuliere polissen.

Agis wil heel veel preventie in haar droompolis. Dat past in de filosofie van Agis. Alle preventieactiviteiten die bewezen effectief zijn, wil Agis in haar droompolis opnemen. Secundaire en tertiaire preventie zitten er gedeeltelijk al in, maar Agis wil dat graag uitbreiden en ook primaire preventie opnemen. Agis wil graag instrumenten opnemen in haar polis waarmee Agis in staat is sturend op te treden. Zowel naar de zorgverleners als naar de verzekerden. Agis wil bonussen en malussen kunnen uitdelen om gewenst gedrag te bevorderen en ongewenst gedrag te ontmoedigen. Agis wil meer mogelijkheden voor doelgroeppreventie. Als zorgverzekeraar richten Agis zich op doelgroepen en gerichte preventie past daar prima in. Preventie bijvoorbeeld gericht op groepen met een lage sociaal economische status (lage SES). Het programma "Hallo Wereld" van VWS dat zich richt op het tegengaan van overgewicht bij jonge kinderen, is daarvan een mooi voorbeeld. Agis wil de mogelijkheid hebben om een diabetespatiënt, die zich keurig houdt aan richtlijnen, een extra korting op de basisverzekering kunnen aanbieden. Ook wil Agis preventieve medicijnen, waarvan de werking vaststaat, aan al haar verzekerden aanbieden. Agis wil ketenzorgprogramma's maar ook programma's zoals Big!Move, die starten vanuit het gezondheidssysteem maar die een veel bredere werking hebben, overal kunnen introduceren. Agis wil graag veel meer doen aan preventieve mondzorg bij jonge kinderen omdat op dat gebied de situatie snel verslechtert. Agis wil ook graag preventieve programma rond de GGz ontwikkelen.

Agis wil graag een dergelijke polis omdat alleen door middel van een op preventie gefocuste polis er veel meer structurele aandacht voor preventie kan ontstaan binnen ons zorgsysteem. Binnen zo'n polis - en die kunnen natuurlijke meerdere zorgverzekeraars bieden - verschuift de aandacht van curatie naar preventie. Voor de Nederlandse gezondheidszorg en ook voor de Nederlandse economie is dat een heel goede ontwikkeling.

Het probleem is alleen dat in het huidige systeem daarvoor te veel belemmeringen zijn. Deels omdat dit activiteiten zijn die niet in de basisverzekering zijn opgenomen, deels

vanwege het feit dat de kosten van die onderdelen die wel in de basisverzekering zitten niet vallen onder de verevening. En deels omdat de uitvoering exclusief ligt bij de zorgverleners. Op dit moment kan Agis zorgverleners nauwelijks positieve prikkels aanbieden om meer preventief te gaan werken, behalve een waardierend klopje op de schouder. Als zorgverzekeraars kunnen - vooral naar het extramurale veld - veel explicieter in hun contracten proberen te regelen dat systematisch aandacht wordt besteed aan preventie. Dat is een goede stap, maar het heeft maar beperkte invloed. De kosten van ziekenhuiszorg (65% van alle zorguitgaven) zijn nog voor 90% aan het budget en de budgetsystematiek gerelateerd. Daar valt maar beperkt over te onderhandelen. Zeker als de zorgverleners niet echt bereidwillig zijn of juist extra gefinancierd willen worden voor preventie-inspanningen. We moeten ons aanpassen aan de heersende mechanismen. Dat is niet erg bevredigend. We hebben liever mogelijkheden om preventie-inspanningen te belonen (of om het nalaten daarvan te straffen). Nu ontbreekt het instrumentarium. Misschien dat preventie op recept hier een uitkomst kan bieden.

### *5.1 Preventie op recept*

Preventie als verstrekking opnemen in de zorgverzekeringswet lost een deel van de eerder geschetste problemen op. De wijze waarop dat vormgegeven kan worden is niet eenvoudig. De inhoud van een dergelijke verstrekking moet aan een aantal eisen voldoen. Het moet eenduidig zijn en in maat en getal kunnen worden weergegeven. Zowel wat betreft de vaststelling vooraf, bij bijvoorbeeld productieafspraken, als bij de controle achteraf bij de declaratie.

Een andere benadering kan zijn om Preventie expliciet onderdeel te maken van een DBC door een precieze omschrijving en tarifiering van de activiteiten binnen die DBC. Het moet echter ook als aparte verstrekking worden benoemd omdat veel preventie zich buiten de ziekenhuizen afspeelt.

In de optiek van Agis, is het mogelijk de verstrekking "preventie" te operationaliseren. We willen daar ook graag een bijdrage aan leveren.

## **6. Uitleiding**

Preventie biedt grote kansen om de gezondheidszorg en de gezondheid van de burgers in Nederland te verbeteren. Het gaat dan niet om preventie als marketinginstrument maar vooral als een verzameling van programma's en interventies gericht op het bevorderen van gezondheid en het verminderen van gezondheidsrisico's. De mogelijkheden hiervoor worden nu nog beperkt door de preventieparadox en door de sterke focus van zorgverzekeraars op korte termijn effecten. Het opheffen van deze beperkingen is mogelijk door invoering van preventie als verstrekking in de zorgverzekeringswet. Die kans mogen we niet laten liggen.