

Goede bedoelingen nog lang geen

Op 25 maart stuurden minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn een brief naar de Tweede Kamer om deze te informeren over hun plannen rondom preventie in het zorgstelsel. De subtitel luidt ‘Van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten’. Voordat het zover is, moeten er nog wel wat hobbels worden genomen.

Preventie komt terug in vijf wetten. Dat maakt de vertaling naar de praktijk niet eenvoudig. Het betreft de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. De uitvoering berust bij twee partijen, namelijk gemeenten en zorgverzekeraars. Beleidsmatig zijn er meerdere departementen betrokken bij preventie. Er is dus ook al geen sprake van een een-

beleid van de overheid hangt hierdoor de waas van een dubbele moraal en dat maakt doorpakken lastig.

Problemen vanuit bekostiging

Preventie is een breed maatschappelijk fenomeen, waar veel partijen bij betrokken zijn. Die partijen hebben een gedeelde verantwoordelijkheid en de opbrengst komt vaak niet terecht op de plek waar de kosten worden gemaakt. In de bekostiging schuilen dan ook de

ventie mag bekostigen uit het basispakket. Een alternatief is bekostiging vanuit een aanvullende verzekering, maar deze is alleen van toepassing voor mensen die ervoor kiezen deze af te sluiten. 16 procent van de verzekerden doet dat niet.

- Structurele bekostiging van een preventieve maatregel ontbreekt vaak. Hierdoor vervliegt het initiatief als de opstartsubsidie op is. Er is geen goede infrastructuur en geen organisatiekracht voor preventie.
- Er is moeilijk een harde relatie te leggen tussen een mix van preventieve maatregelen en de opbrengsten. De maatschappelijke business case ontbreekt.
- Preventie heeft vaak pas effect op de lange termijn. In de tussenliggende periode kan de verzekerde overstapt zijn naar een andere verzekeraar. De kosten en baten worden hierdoor scheef verdeeld. Dit biedt ruimte voor *free riders* die niets doen en meeliften op de investeringen van een ander.

Het ontbeert zorgverzekeraars aan de juiste middelen om preventie te stimuleren

duidige verantwoordelijkheid. Hoewel er een interdepartementaal beleidsonderzoek naar een gezonde leefstijl is aangekondigd, is de verbodsketting van het thema niet bevorderlijk voor goede resultaten.

Preventie is een belangrijke voorwaarde voor gezondheid en de verantwoordelijkheid van individuen. Ieder individu is vrij om wel of geen aandacht te schenken aan gezondheid. Dwangmiddelen zoals boetes en belastingen kunnen gedrag beïnvloeden, maar druisen in tegen het zelfbeschikkingsrecht. Daarnaast levert een ongezonde leefstijl de overheid veel belastinginkomsten op. Denk aan roken, alcoholgebruik en suikerrijke voeding. Rond het preventie-

grootste problemen. Wat is er aan de hand? Het ontbeert zorgverzekeraars aan de juiste middelen om preventie te stimuleren. Dit heeft een aantal redenen:

- In de Zvw en Wlz is sprake van individuele bekostiging. Alleen geïndiceerde- en zorggerelateerde preventie zijn verzekerde zorg en gekoppeld aan een persoon. De verzekerde moet een ziekte hebben of een hoog risico daarop en redelijkerwijs zijn aangewezen op preventie. De preventie moet bovendien voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk (CVZ, *Van preventie verzekerd*, 2007). Dit betekent dat de zorgverzekeraar geen collectieve pre-

De oplossing lijkt simpel: de bekostiging wijzigen door collectieve preventie op te nemen in de Zvw en Wlz. Maar dit stuit op een aantal ernstige bezwaren. Selectieve preventie is gericht op risicogroepen, terwijl de Zvw en Wlz individuele verzekeringen zijn. Voor inclusie in het basispakket van de Zvw en Wlz moet de kosteneffectiviteit worden aangetoond. Omdat dit zo moeilijk is, is heel onwaarschijnlijk dat het basispakket wordt uitgebreid met een lastig te formuleren aanspraak, waarvan ook de

praktijk

financiële effecten nog onduidelijk zijn. Zeker nu de AWBZ net ontdaan is van allerlei vreemde elementen. Tot slot zou opname van preventie in het basispakket kunnen leiden tot medicalisering.

Verantwoordelijkheid gemeenten

Ook voor gemeenten is preventie een lastig onderwerp. Doordat de effecten pas op langere termijn zichtbaar worden, maken de wethouders en gemeenteraadsleden die zich hiervoor inzetten zelden de positieve resultaten mee in hun politieke carrière. Daarnaast strijdt preventie om de aandacht met andere beleidsterreinen. De gemeente heeft beleidsvrijheid en andere vraagstukken hebben vaak meer zichtbare resultaten. Toch is het logischer om de uitvoering van preventie bij gemeenten neer te leggen dan bij zorgverzekeraars. De investeringen in preventie gelden dan namelijk voor alle ingezetenen van de gemeente. Het aantal migraties tussen gemeenten is beperkt, dus de kosten en baten vallen voor een belangrijk deel op dezelfde plaats.

Overige stakeholders

Naast zorgverzekeraars en gemeenten, kunnen werkgevers een bijdrage leveren aan preventie. Zij hebben hier toe enkele wettelijke taken en hebben er baat bij als preventie tot minder verzuim(kosten) leidt. Er zijn nog heel beperkt ervaringen met *health impact bonds*, waarbij private investeerders zich committeren aan preventieve projecten.

Belangrijke eerstelijnszorgaanbieders als huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben preventietaken, maar komen hier in de drukke praktijk vaak niet aan toe. Zij zijn ook niet altijd adequaat toegerust om preventietaken uit te voeren en ontberen de juiste financiële prikkels. Hoewel preventie in beroepsprofielen en richtlijnen

is opgenomen, heeft het in de praktijk niet altijd de hoogste prioriteit.

Aangedragen oplossingen

Het aanjaagteam is het nieuwe, alomvattende panacee van het ministerie van VWS. Ook voor preventie komt er volgens de brief van Schippers en Van Rijn een aanjaagteam. Helaas zonder doorzettingsmacht naar partijen die geen belang hebben om zich in te zetten. Dat is dus een kansloze missie.

Preventiecoalities tussen zorgverzekeraars en gemeenten kunnen op sommige plaatsen wel tot goede initiatieven leiden. Maar alleen als de zorgverzekeraar een marktaandeel heeft van meer dan 75 procent en wellicht via investeringen in preventie ook andere zakelijke belangen kan behartigen. Bijvoorbeeld een aantrekkelijke collectiviteit voor die gemeente. In gemeenten waar meer-

Een ongezonde leefstijl levert de overheid veel belastinginkomsten op. Rond het preventiebeleid hangt hierdoor de waas van een dubbele moraal.





Door belastingen en vrijstellingen kan gewenst gedrag worden aangemoedigd en ongewenst gedrag worden ontmoedigd.

dere zorgverzekeraars de marktmacht delen, is de kans op coalities nihil.

Het aangekondigde fonds om preventiecoalities te faciliteren, zal geen succes worden. Een van de voorwaarden voor deelname is namelijk dat er zicht moet zijn op structurele bekostiging vanuit *shared savings*. Terwijl al eerder is vastgesteld dat het berekenen van de effecten van *shared savings* niet goed mogelijk is.

Er wordt veel verwacht van de inzet van technologie bij preventie. Technologie moet eraan bijdragen dat mensen met een gezondheidsprobleem langer zelfstandig kunnen functioneren zonder tussenkomst van een zorgverlener. Hoewel de verwachting terecht is, is de bekostiging van (de implementatie van) technologische innovatie op dit moment nog moeilijk. Toch is dit het meest kansrijke deel van preventie, vooral als een brede toepassing mogelijk wordt gemaakt.

De belangrijkste misvatting van Schippers en Van Rijn zit echter in de perceptie van belangen. In de preventiebrief aan de Tweede Kamer schrijven zij: 'We verwachten niet dat de betrokken partijen vanwege het neerslaan van de baten in een ander domein dan waar zij verantwoordelijk voor zijn, effectieve selectieve preventie voor risicogroepen zullen nalaten'. Dit lijkt een naïeve opstelling die geen recht doet aan de economische belangen van de betrokken partijen en de premie concurrentie die tussen zorgverzekeraars woedt.

Duurzame oplossingen

Hoe kunnen we preventie dan wel vlot-trekken? Een paar suggesties om dit weerbarstige dossier van de kant af te duwen:

- De overheid financiert collectieve preventie uit belastinginkomsten en de uitvoering wordt gedelegeerd naar gemeenten. Het regionaal en lokaal beleid wordt gemonitord, openbaar gemaakt en gemeenten worden waar

nodig bijgestuurd. Practice en evidence based e-tools worden door de centrale overheid collectief en gratis beschikbaar gesteld via internet en apps (*Goede GGZ – Delespaul, van Os e.a., februari 2016*).

- Zorgverzekeraars financieren individuele preventie door een afdracht aan een preventiefonds dat structurele opbrengsten genereert. Dat fonds is beschikbaar voor alle verzekerden, burgers en inwoners en wordt door de zorgverzekeraars non concurrentieel per regio ingezet, in samenspraak met gemeenten.
- Burgers financieren preventie zelf. Door belastingen en vrijstellingen kan gewenst gedrag worden aangemoedigd en ongewenst gedrag worden ontmoedigd. <<

Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns
Foto's: Thinkstock