

Vergaderjaar 2015–2016

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 213

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 maart 2016

1) Inleiding

Preventie is van groot belang: voorkomen is beter dan genezen. Deze «tegeltjeswijsheid» gaat op voor iedereen en hierbij is dan ook inzet van iedereen nodig. De overheid kan hier niet alleen voor zorgen. De samenleving moet «ontzorgen», oftewel we moeten een beweging maken van nazorg naar voorzorg, zoals de commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen adviseert in haar rapport van april 2015¹. In een zo vroeg mogelijk stadium de juiste preventie op maat bieden kan het beroep op dure, gespecialiseerde zorg verminderen. Veel vragen komen nu onnodig terecht in de gezondheidszorg terwijl ze hun oorsprong hebben in problemen in de opvoeding, op het werk, op school, in de relatie of de woonomgeving. Een dergelijke beweging moet breed maatschappelijk worden ingevuld, vele partijen en diverse departementen hebben hier een verantwoordelijkheid. Dit is ook sinds 2013 de basis van het Nationaal Programma Preventie (NPP). Over de voortgang van dit brede programma bent u onlangs geïnformeerd.

De zorg is slechts één van de betrokken partijen. Een integrale aanpak is nodig, zowel vanuit het onderwijs, het werk, de buurt als vanuit de zorg. Aandacht voor lokale verschillen is hierbij essentieel, lokale oplossingen vragen om lokale kennis en vaardigheden. De rol van de landelijke overheid hierin is ondersteunend. Hoe kunnen we binnen het zorgstelsel preventie beter borgen? Deze vraag hebben wij onderzocht voor preventieactiviteiten voor risicogroepen waar gemeenten en zorgverzekeraars samen aan zet zijn, de zogenaamde selectieve preventie. Dit leidt tot de volgende bevindingen en aanpak.

- *Wat speelt er?* Zorgverzekeraars en gemeenten hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid voor preventie. Een combinatie van

¹ «Naar nieuwe zorg en zorgberoepen, de contouren», 10 april 2015 (Kamerstuk 29 282, nr. 221)

interventies vanuit diverse domeinen (zorg, welzijn, sport, onderwijs) is voor risicogroepen essentieel.

Samenwerking tussen die domeinen is dus noodzakelijk, maar in de praktijk vaak lastig. Gemeenten en zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders weten niet precies wat ze van elkaar mogen en kunnen verwachten en hoe ze hun verantwoordelijkheden bij preventie precies kunnen invullen. Deze knelpunten zijn niet uniek voor Nederland, ook het buitenland heeft er mee te maken en ze zijn niet terug te voeren op de verdeling van verantwoordelijkheden in het stelsel, noch op de financiering, zo blijkt uit het RIVM onderzoek.

- *Wat gaan we doen?* Een verandering in de wet- en regelgeving gaat deze knelpunten niet verminderen, maar wat wel? Goede voorbeelden tonen ons dat als men elkaar in de praktijk wél vindt, er veel mogelijk is: daar grijpen de beleidsinterventies die we op korte termijn gaan inzetten op aan. Onze aanpak:
 1. We gaan gemeenten en zorgverzekeraars stimuleren preventie voor risicogroepen voortvarend ter hand te nemen;
 2. We richten «eerste hulp bij preventie» in, bestaande uit een digitaal loket en een preventieteam dat concrete ondersteuning biedt aan gemeenten en zorgverzekeraars bij het vormgeven van gezamenlijke preventieactiviteiten voor risicogroepen;
 3. We faciliteren het sluiten van «preventiecoalities» waarbij gemeenten en zorgverzekeraars bij een gezamenlijk plan ondersteuning van de samenwerking kunnen aanvragen op basis van cofinanciering;
 4. Evaluatie na drie jaar van de bovenstaande maatregelen en hun effect.
- *Hoe zijn we hiertoe gekomen?* De analyse van de problemen en de voorgestelde aanpak is geformuleerd na consultatie van vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsen, zorg- en welzijnaanbieders, GGD-en, ondersteuningsorganisaties en onderzoeksinstituten. In een viertal regionale werkconferenties is stilgestaan bij de knelpunten en in een landelijke conferentie zijn oplossingsrichtingen verkend.

Hieronder gaan we uitgebreid in op wat er speelt en hoe we tot onze aanpak zijn gekomen. Tevens voeren we met deze brief de motie Wolbert uit die vraagt een overzicht te maken van de mogelijkheden en onmogelijkheden en de voor- en nadelen van een betaaltitel in de Zorgverzekeringswet voor selectieve preventie. Ook geeft deze brief antwoord op de toezeggingen tijdens de VWS begrotingsbehandeling 2014 om onderzoek te doen naar hoe we knelpunten voor preventie kunnen wegnemen, welke verbeterpunten er zijn, hoe we preventie nog beter kunnen verankeren in de wetten die we hebben en wat we hierbij kunnen leren van het buitenland.

Leeswijzer: in de volgende paragraaf gaan we in op de rol van VWS en andere actoren bij preventie. In paragraaf 3 staan de bevindingen van de diverse stappen die zijn ondernomen om duidelijk te krijgen wat het probleem precies is. In paragraaf 4 staan onze conclusies en treft u de reactie op de motie Wolbert aan.

In paragraaf 5 lichten we onze beleidsinterventies toe onder het motto: preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar in de praktijk ontwikkelen van resultaten. In bijlage 1² vindt u een reactie op het rapport «Financiering van preventie» gemaakt in opdracht van ZonMw door Zorgmarktadvies.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Dit is aan u toegezegd per brief van 23 juni 2015 (Kamerstuk 32 793, nr. 190). De bijlagen 2 en 3³ bevatten de onderzoeksrapporten van het RIVM en van Zorgmarktadvies waarop de bevindingen in deze brief mede zijn gebaseerd.

2) Preventiestrategie: meer sporen, meer partijen met elk hun eigen verantwoordelijkheid

Preventie is een taak voor heel veel partijen, naast het Ministerie van VWS zijn ook andere departementen aan zet en naast gezondheidszorgaanbieders ook bijvoorbeeld scholen, wijkteams, sportverenigingen, het bedrijfsleven en niet in de laatste plaats, de mensen zelf. Naast landelijke programma's gericht op de gehele bevolking, vindt preventie vooral daar plaats waar mensen leven: het consultatiebureau, de school, het werk, de buurt, de zorg. VWS formuleert in de landelijke nota gezondheidsbeleid en in het Nationaal Preventie Programma (NPP) het brede beleid dat alle departementen en maatschappelijke partijen raakt.

VWS is verantwoordelijk voor vijf wetten waar preventie een rol speelt: Wet publieke gezondheid (Wpg), Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Gemeenten en zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders zijn financiers en opdrachtgever van de uitvoering van de bovenstaande wetten, dus ook van preventie die binnen de kaders van die wetgeving plaatsvindt. Dat maakt dat gemeenten en zorgverzekeraars voor een goede uitvoering op elkaar zijn aangewezen.

Gezondheid is allereerst iets van mensen zelf. Veel mensen zijn bezig om gezonder te eten, meer te bewegen en het gebruik van alcohol en tabak te vermijden of beperken. Het lukt niet iedereen om dat op eigen kracht te doen. De directe leefomgeving (school, wijk, werkvloer, sportclub) speelt een belangrijke rol bij de keuzen van mensen voor gezond gedrag, evenals technologie en innovatie. Soms hebben mensen hierbij meer steun nodig, bijvoorbeeld via kennisoverdracht en het verbeteren van de gezondheidsvaardigheden. Dit stimuleren we onder andere via het NPP.

Gemeenten hebben zowel vanuit de Wpg, als de Wmo en de Jeugdwet een taak in het tot stand brengen van effectieve preventie interventies om de gezondheid te bevorderen. Zij hebben er ook belang bij omdat zij volledig risicodragend zijn en zo hun zorglasten kunnen verlagen. Gemeenten hebben vooral een taak bij preventie voor alle inwoners en bij selectieve preventie gericht op specifieke risicogroepen. Door de decentralisaties die de afgelopen periode zijn doorgevoerd, hebben gemeenten meer verantwoordelijkheden en mogelijkheden gekregen waardoor de prikkels om aan preventie te doen zijn toegenomen.

Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders hebben een taak en rol bij preventie gericht op individuen. Geïndiceerde preventie⁴ en zorggerelateerde preventie⁵ zijn onder voorwaarden⁶ onderdeel van het basispakket van de Zvw zowel voor mensen met een ziekte, als voor mensen met een hoog risico daarop. Denk aan dieetadvisering, stoppen met roken programma's, advisering over leefstijl bij zwangerschap, diabetes begeleiding, etc. De

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁴ Geïndiceerde preventie voorkomt ziekte of verdere gezondheidsproblemen bij individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen.

⁵ Zorggerelateerde preventie voorkomt complicaties, beperkingen en een lagere kwaliteit van leven of sterfte bij individuen met een gediagnosticeerde aandoening / gezondheidsprobleem.

⁶ De voorwaarden: behalve dat de verzekerde een ziekte moet hebben of een hoog risico daarop, moet hij ook redelijkerwijs zijn aangewezen op preventie en moet de preventie voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk (CVZ, Van preventie verzekerd, 2007).

Wlz-uitvoerders zijn verantwoordelijk voor preventie gericht op individuen met gezondheidsproblemen die Wlz-zorg ontvangen.

Daarnaast doen zorgverzekeraars ook het nodige aan selectieve preventie. Denk bijvoorbeeld aan de verschillende preventieactiviteiten die zij via hun aanvullende verzekering aanbieden van screening tot valpreventie en het volgen van een reanimatiecursus. Ook zijn in de collectieve contracten die verzekeraars afsluiten met werkgevers diverse preventieve activiteiten opgenomen op de werkplek, van het voorkomen van werkstress, tot beweegprogramma's en programma's voor een duurzame inzet van de oudere werknemers. In de collectieve contracten voor de minima die zorgverzekeraars afsluiten met gemeenten komt steeds meer aandacht voor preventie om de vitaliteit van de verzekerden te bevorderen. Tevens blijkt dat verzekeraars met eigen middelen diverse preventieve activiteiten financieren, voorbeelden hiervan zijn de zorg en welzijnsaanpak in Amsterdam Noord⁷ en het beweegonderwijs in Friesland⁸.

Voor zorgprofessionals is preventie een onlosmakelijk onderdeel van hun handelen, zoals opgenomen in de zorgstandaarden en beroepsprofielen. Preventie maakt onderdeel uit van goed zorgverlenerschap en is in de tarieven van de verschillende zorgverleners opgenomen. Dit is een belangrijk, niet te onderschatten, onderdeel van kwalitatief goede, reguliere zorgverlening.

In de laatste Miljoenennota bent u geïnformeerd over de start van een interdepartementaal beleidsonderzoek naar Gezonde Leefstijl. Dit onderzoek is in volle gang en te zijner tijd (naar verwachting rond de zomer van dit jaar) zullen wij u via de kabinetsreactie informeren over het gevolg dat het kabinet geeft aan het eindrapport.

3) De bevindingen

3.a Knelpunten

Allereerst is nagegaan hoe preventie is geregeld in de vijf wetten. Aansluitend is in vier regionale werkconferenties de praktijk bevroegd over welke knelpunten zij ervaren bij het duurzaam realiseren van preventie voor risicogroepen. Dit laat de volgende knelpunten zien.

Onduidelijkheid over invullen van verantwoordelijkheden

In de wetten is preventie gedefinieerd vanuit de specifieke invalshoek van de betreffende wet. De verschillende wetten samen maken een sluitende keten mogelijk van preventie/preventieactiviteiten gericht op de diverse doelgroepen.

De analyse van de vijf wetten laat zien dat de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie zich richt op zowel individuen met een gezondheidsprobleem (Wmo, Jeugdwet), individuen met een verhoogd gezondheidsrisico (Wmo en Jeugdwet), groepen met een verhoogd gezondheidsrisico (Wpg, Wmo en Jeugdwet) als op de gezonde bevolking (Wpg, Jeugdwet). De verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars (Zvw) richt zich zoals gezegd op zowel individuen met een gezondheidsrisico (geïndiceerde preventie) als op individuen met een verhoogd gezondheidsrisico (zorggerelateerde preventie). De Wlz-uitvoerders ten slotte zijn verantwoordelijk voor preventie gericht op mensen die intramurale- dan wel extramurale Wlz-zorg ontvangen.

⁷ Zie: <https://www.betersameninnoord.nl/>

⁸ Zie: <https://www.gezondeschool.nl/sites/default/files/Good%20practice%20po%20Sport%20Op%20Basisscholen%202015.pdf>

Wat de praktijk ons leert, is dat alhoewel de verantwoordelijkheden wettelijk duidelijk zijn geregeld, er desalniettemin onduidelijkheid bestaat bij het invullen van die verantwoordelijkheden. Hiervoor zal niet het aanpassen van die wetten helpen, maar wel het nader duiden van de diverse onderscheiden verantwoordelijkheden. Zo is winst te behalen als gemeenten en zorgverzekeraars samen afspraken maken over welk deel van een specifieke risicogroep voor wiens verantwoordelijkheid komt. Risicogroepen bestaan immers zowel uit mensen die een risico lopen op een verhoogd gezondheidsrisico (gemeentelijke verantwoordelijkheid) als uit mensen met een op individueel niveau vastgesteld (verhoogd) gezondheidsrisico (verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars). Soms is een nadere duiding van het Zorginstituut nodig over wie en wat onder het basispakket van de Zvw valt en wie en wat niet, zoals dat bijvoorbeeld is gedaan bij de aanpak van overgewicht (zie verderop).

Samenwerken is niet eenvoudig

Veel van de wetgeving is net nieuw en nog niet volledig uitgekristalliseerd. Bij de uitvoering van een deel van de Wpg, de Wmo en preventie in de Jeugdwet hebben gemeenten beleidsvrijheid. De beleidsvrijheid is een bewuste keuze zodat gemeenten maatwerk kunnen leveren. Afhankelijk van de omstandigheden kunnen zij kiezen voor een collectieve voorziening/groepsbenadering of voor maatwerk gericht op individu/gezin. Zorgverzekeraars hebben niet de verplichting, maar wel de vrijheid om te investeren in andere vormen van preventie dan geïndiceerde- en zorggerelateerde preventie. Dit kunnen zij doen, zoals we zagen, uit de aanvullende verzekering of uit eigen middelen. Zij zullen bijvoorbeeld bereid zijn tot deze vrijwillige investering als zij dit vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid belangrijk vinden of als zij denken daarmee meer verzekerden te trekken of omdat ze denken daarmee een gunstige kosten/baten balans te krijgen. Bij Wlz-uitvoerders ligt dit anders: zij hebben niet de beschikking over eigen middelen en zijn alleen verantwoordelijk voor preventie voor mensen die Wlz-zorg ontvangen.

Wat de praktijk ons leert is dat er heel veel gebeurt, dat er veel goede initiatieven zijn en dat er veel gedrevenheid is. Maar ook dat er domein denken en domein gedrag is, dat er ingesleten uitvoeringspatronen zijn waar moeilijk van los te komen is. Het aanbod aan preventieactiviteiten is gefragmenteerd, in de ene regio wordt het ene probleem aangepakt, in de andere regio een ander probleem. We zien ook dat een groot deel van de activiteiten aanbodgericht is en dat de burger nog weinig betrokken wordt bij de totstandkoming ervan.

Vaak lukt het een nieuwe preventieactiviteit op te zetten dankzij de betrokkenheid van gepassioneerde trekkers die gemandateerd zijn door de eigen organisatie.

Met bestuurlijke dekking en een startsubsidie komen deze experimenten een heel eind. Echter, de institutionele borging blijkt vaak lastig. Continuïteit vergt structurele financiering en blijvend commitment van organisaties en mensen.

Baten en kosten en de verschillende domeinen

Een vaak gehoord knelpunt is dat de baten van preventieve maatregelen niet altijd in zijn geheel of slechts gedeeltelijk neerslaan bij degene die de kosten maakt. Investerings in preventie door gemeenten kunnen baten opleveren voor zorgverzekeraars door minder zorgvragen en opnames in de Zvw en de Wlz waardoor een lagere schadelast optreedt. Ook kunnen investeringen van zorgverzekeraars baten opleveren voor gemeenten in

de vorm van meer participatie door mensen waardoor gemeenten minder zorg- en uitkeringslast ervaren. En tevens is mogelijk dat investeringen in preventie in een bepaalde regio door een zorgverzekeraar ook baten oplevert voor een concurrerende zorgverzekeraar met verzekerden in diezelfde regio. In de praktijk blijkt overigens dat verzekeraars van dit laatste niet zo'n punt maken, want op hun beurt maken hun verzekerden ook weer gebruik van initiatieven in andere regio's.

Wat de praktijk ons verder leert is dat het vaak ontbreekt aan inzicht in wanneer er sprake is van kosteneffectief werken. Er lijkt te weinig aandacht voor de infrastructuur, de organisatie en de financiering van preventieve interventies. Inzicht in hoe er een sluitende begroting komt is echter onmisbaar: wat willen we bereiken en hoe gaan we dat doen? Een visie vergezeld van een goed inzicht in de kosteneffectiviteit is uitnodigend voor partijen om mee te doen, omdat het eigen belang strookt met het collectieve belang (win-win). Een complicerende factor hierbij is dat de (kosten)effectiviteit van preventieve maatregelen vaak onbekend is. Bovendien zijn er weinig prikkels om in samenhang tussen de stelsels meerwaarde te creëren. Voor risicogroepen is een preventieaanbod dat gecoördineerd vanuit meerdere stelsels wordt aangeboden vaak veel effectiever, dan geïsoleerde snippertjes vanuit ieder stelsel afzonderlijk. Die samenhang organiseren gaat niet vanzelf.

3b Buitenland

Het RIVM heeft onderzocht of de knelpunten die we in Nederland ervaren, ook spelen in het buitenland (zie bijlage 2). Het RIVM concludeert op basis van tien onderzochte landen dat daar, net als in Nederland, discussie wordt gevoerd over de inbedding van preventie voor risicogroepen in het zorgstelsel en dat de in Nederland ervaren knelpunten veelal door buitenlandse experts worden herkend. Dit geldt vooral voor de mogelijk negatieve gevolgen van lokale beleidsvrijheid, het probleem dat de baten ergens anders terecht komen, het gebrek aan afstemming tussen opdrachtgevers en het gebrek aan structurele financiering. Dergelijke knelpunten lijken dus niet per definitie samen te hangen met stelselkenmerken als rolverdeling en financiering. Dat geldt ook voor landen met een andere historische traditie waar gemeenten meer verantwoordelijkheden hebben, zoals bijvoorbeeld Finland.

Het RIVM geeft aan dat meerdere geïnterviewde experts bevestigen dat de historisch gegroeide scheiding tussen publieke gezondheidszorg en de curatieve gezondheidszorg sterk bijdraagt aan de ervaren knelpunten rondom preventie. De publieke gezondheidszorg is in het verleden opgezet om in de lokale setting infectieziekten te bestrijden. De curatieve gezondheidszorg is vanuit de historie ingericht op het behandelen van acute ziekten, in eerste instantie voornamelijk in een ziekenhuissetting. Er lijken twee «aparte werelden» te zijn ontstaan die samen moeten komen om aan de hedendaagse gezondheidsproblemen/risico's van o.a. meer chronische ziekten het hoofd te kunnen bieden. Dit vraagt om een (nieuwe) visie op de aansluiting tussen publieke gezondheid en de gezondheidszorg (zie paragraaf 4.8 van het RIVM onderzoek). In het NPP besteden we aandacht aan deze aansluiting, onder andere via het project Preventie in de buurt dat wordt uitgevoerd door het RIVM/Centrum Gezond Leven, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen vereniging (LHV).

Het RIVM heeft vervolgens gekeken of het buitenland voorbeelden van beleid biedt die zouden kunnen bijdragen aan het oplossen van ervaren knelpunten in Nederland. Deze voorbeelden zijn illustratief en prikkelen de

gedachtevorming, maar van het één op één overzetten naar de Nederlandse situatie is geen sprake (zie hoofdstuk 5 en 6).

3c Casusbeschrijvingen

In de praktijk zien we veel mooie voorbeelden van initiatieven die zich richten op chronisch zieken, zoals de coöperatie Zelfzorg Ondersteund (ZO!)⁹. Aanbieders van zorg, patiënten en zorgverzekeraars hebben zich verenigd om «ondersteunde zelfzorg» een vanzelfsprekend onderdeel te maken van de reguliere zorg. Dit doen zij door afspraken te maken over het registreren en ontsluiten van informatie, het aanbieden van zelfmanagement toepassingen en de inkoop hiervan. De doelgroep hierbij betreft chronisch zieken, gestart is met diabetes type 2, hartfalen en COPD.

De zorgverlener en de patiënt worden zo gefaciliteerd en ondersteund om zelfmanagement op te pakken. Zij stellen gezamenlijk behandeldoelen vast op basis van de behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Dit wordt vastgelegd in een – op termijn integraal – individueel zorgplan (IZP). De digitale communicatie tussen zorgverlener en patiënt wordt ondersteund (uitwisseling van metingen, online afspraken, e-consult, herhaalmedicatie). Daar waar een zelfzorg platform wordt ingezet voldoet deze aan de door partijen opgestelde functionele en technische eisen. Iedere patiënt waarvoor het zinvol is, krijgt daarmee digitaal toegang tot de noodzakelijke zelfmanagementmodules (educatie, health coaching, telemonitoring, eHealth en andere tools).

Zorgverzekeraars werken hierin precompetitief samen met zorgaanbieders en patiëntenorganisaties. Hierdoor kan deze zorg breed gecontracteerd worden. Het is een uitdaging om te bezien hoe het benutten van de mogelijkheden van dit precompetitieve samenwerken, met ook de gemeenten als partij, meer kansen biedt voor de opzet van preventieve interventies voor risicogroepen. Daar willen wij de praktijk de komende tijd graag op volgen om samen te bezien hoe we hier stappen voorwaarts kunnen zetten.

Zorgmarktadvies (zie bijlage 3) heeft op ons verzoek een verdieppingsanalyse uitgevoerd op de bevindingen van de vier regiobijeenkomsten en op twee bestaande projecten: «Amsterdamse aanpak kinderen met overgewicht» en «SamenOud».

Door het analyseren van de problemen die projecten in de praktijk tegenkomen en de oplossingen die hiervoor in omloop zijn, ontstaat belangrijk aanvullend inzicht.

Wat de casusbeschrijvingen ons bovenal leren is dat als partijen bereid zijn met elkaar «de diepte in te gaan» en het eens worden over de te onderscheiden verantwoordelijkheden die partijen hebben bij preventieactiviteiten voor risicogroepen, dat er dan veel mogelijk is. Tevens wordt duidelijk dat dit niet eenvoudig is en dat hier gemotiveerde, daadkrachtige doorzetters voor nodig zijn.

We zien bijvoorbeeld dat er door de overheveling van de functie «begeleiding» van de AWBZ naar de Wmo en door de aanpassingen in de bekostiging van de huisartsenzorg en van de wijkverpleging meer mogelijkheden zijn ontstaan voor zowel gemeenten als zorgverzekeraars om preventie voor risicogroepen vorm te geven. Het project SamenOud in Groningen en Drenthe is daar een goed voorbeeld van (zie bijlage 4 uit het

⁹ NPCF, DVN, longfonds, hart en vaatgroep, LHV, NHG, NDF, InEen, CZ, VGZ, Achmea, Menzis, De Friesland, ONVZ.

bijgaande rapport van Zorgmarktadvies). In SamenOud worden ouderen van 75 jaar en ouder op basis van hun antwoorden op (schriftelijke) vragen van hun huisarts ingedeeld in drie risicoprofielen: Robuust, Kwetsbaar en Complexe zorgbehoeften. Ouderen in de drie profielen worden ondersteund in hun zelfredzaamheid en eigen regie waarbij de intensiteit van de ondersteuning varieert per profiel van groepsactiviteiten uit het «Zelfmanagement support en preventieprogramma» tot intensieve persoonlijke begeleiding door een casemanager. De ondersteuning is gericht op het welbevinden van de ouderen en heeft tot doel dat ouderen zo lang als wenselijk thuis kunnen blijven wonen, als dat nodig is, met gepaste ondersteuning. Was het voorheen noodzakelijk om via de innovatiebeleidsregel van de NZa bekostiging van de Ouderenzorg Teams van SamenOud mogelijk te maken, nu geven de aanbieders en financiers van zorg en welzijn aan dat dit meer structureel kan omdat de reguliere bekostiging hiervoor meer mogelijkheid biedt dan voorheen.

Dat betekent niet dat alle knelpunten zijn weggenomen, maar wel dat gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders de komende jaren gezamenlijk aan de slag kunnen om dit programma te continueren. Een vraag is bijvoorbeeld of gemeenten in staat zullen zijn om te blijven investeren in de interventies voor de ouderen die onder hun verantwoordelijkheid vallen (profielen Robuust en Kwetsbaar) als blijkt dat de baten voornamelijk neerslaan in de Zvw en in de Wlz door minder zorgkosten en verpleeghuisopnames. Een andere vraag is hoe de specialist ouderengeneeskunde, wanneer geriatrische expertise extramuraal nodig is, kan worden bekostigd. Hierbij ontstaan soms knelpunten omdat de financiering nu is verbonden met twee verschillende kaders, de Zvw en de Wlz. De komende tijd zal worden nagegaan of deze activiteiten niet in één kader kunnen worden ondergebracht. Voor de subsidieregeling extramuraal behandeling is een advies gevraagd aan het Zorginstituut. De subsidieregeling eerstelijnsverblijf (waar ook een rol is weggelegd voor de specialist ouderengeneeskunde) zal te zijner tijd worden overgeheveld naar de Zvw. In het kader van de door ons voorgestelde aanpak volgen we SamenOud en zoeken we naar passende en duurzame oplossingen.

Een ander succesvol voorbeeld is de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG) gericht op kinderen en hun omgeving (zie bijlage 3 uit het bijgaande rapport van Zorgmarktadvies). De gemeente heeft een omvangrijke beleidsdoelstelling geformuleerd met als stip op de horizon: alle kinderen op gezond gewicht. Daarvoor is een integrale aanpak ontwikkeld met veel partners binnen en buiten de gemeente vanuit verschillende domeinen waaronder sport en bewegen, gezonde voedingssomgeving, school, buurt, community, welzijn &, (jeugdgezondheids)zorg en gezonde openbare ruimte. In een groot aantal van deze domeinen heeft de gemeente verantwoordelijkheden, de gemeente zet dus zowel preventief als curatief in.

Voor wat betreft de kinderen met overgewicht en obesitas heeft het Zorginstituut een duiding en handreiking gemaakt voor welk deel van de risicogroep welke zorg nodig is en of deze vanuit de Zvw bekostigd zou moeten worden. Amsterdam en Zilveren Kruis hebben de in de Zorgstandaard Obesitas per behandelfase beschreven stappen «uitgerafeld» in modules. Op basis van de duiding en handreiking van het Zorginstituut is vervolgens een modulair model opgesteld waarin per module is beschreven in welk geval de zorgverzekeraar en in welk geval de gemeente financiert. We zien dat een dergelijke verduidelijking erg belangrijk is omdat hierdoor de verantwoordelijkheden helder zijn afgebakend waardoor partijen vervolgstappen kunnen zetten en beter gaan samenwerken.

Een van de belangrijkste knelpunten was de financiering van de centrale zorgverlener, een centraal aanspreekpunt voor het gezin, een functie die men in Amsterdam voor de gehele risicogroep wil laten vervullen door een speciaal opgeleide jeugdverpleegkundige van het Ouder- en Kindteam. Op deze wijze gaan ondersteuning en zorg hand in hand met het versterken van de (sociale) omgeving van het kind en wordt maatwerk voor kind en gezin mogelijk. In de handreiking heeft het Zorginstituut aangegeven voor welk deel van de risicogroep deze coördinatie een onderdeel is van verzekerde zorg. Echter omdat coördinatie geen zelfstandige aanspraak is, maar een onderdeel van de verzekerde zorg (als indirecte zorg) is het opgenomen in de integrale tarieven van Zvw hulpverleners. Dat maakt het lastig om het daar als het ware uit te isoleren en aan een individuele hulpverlener uit te betalen. Dit probleem is voor de komende drie jaar opgelost via de beleidsregel Innovatie van de NZa. Ook andere initiatieven die hetzelfde experiment willen uitvoeren, kunnen hierop een beroep doen. Wij willen ook hier de praktijk blijven volgen en meedenken om tot passende en duurzame oplossingen te komen in het kader van de door ons voorgestelde aanpak.

4) Conclusies

Hoe kunnen we preventie in het zorgstelsel beter borgen? In de zoektocht naar het antwoord op onze hoofdvraag zijn we gestuit, zoals beschreven in paragraaf 3a, op drie belangrijke knelpunten: de onduidelijkheid over het invullen van verantwoordelijkheden, samenwerking is niet eenvoudig en de baten en kosten van preventieactiviteiten voor risicogroepen kunnen neerslaan in verschillende domeinen. De knelpunten zijn niet uniek voor Nederland, ook in het buitenland heeft men ermee te maken. Een aanpassing van de wet- en regelgeving gaat deze knelpunten niet verminderen. Maar wat dan wel?

Door het bestuderen van praktijkvoorbeelden zien we dat er al heel veel kan én heel veel gebeurt. De casus die hierboven zijn beschreven, zijn een topje van een groeiende ijsberg met een enorm potentieel aan initiatieven onder water. We zien dat er veel mogelijk is binnen het huidige stelsel en dat die mogelijkheden recent zijn toegenomen door de decentralisaties en de veranderingen in de bekostiging van de huisartsenzorg en de wijkverpleging. Hierdoor hebben gemeenten en zorgverzekeraars meer redenen om elkaar op te zoeken. Ze hebben een gezamenlijke agenda en dat geldt zeker op het gebied van preventie. We moeten dus ook niet te ongeduldig zijn, dit soort processen heeft tijd nodig en de veranderingen moeten zich als het ware nog zetten.

Onze aanpak beoogt de knelpunten te verminderen. Het blijkt behoorlijk ingewikkeld in de praktijk om voor de diverse risicogroepen alle knopen van een casus te ontwarren, er is veel doorzettingsvermogen nodig om hiermee aan de slag te gaan en het vol te houden. Samenwerking tussen de gemeenten en zorgverzekeraars blijkt een absolute voorwaarde om vooruit te komen. Dan zijn afspraken over de afbakening van verantwoordelijkheden mogelijk en kan goed worden nagedacht over welke preventieve interventies voor welke risicogroepen waar moeten plaatsvinden zodat de (gezondheids)situatie van mensen verbetert, de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening toeneemt en de kosten voor gemeenten en de schadelast van zorgverzekeraars dalen. 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. Echter, wanneer op termijn mocht blijken dat de baten/kosten verhouding inderdaad ernstig uit balans is, zullen wij vanzelfsprekend maatregelen nemen. Daarom richt onze aanpak zich niet alleen op het verminderen van de geconstateerde

knelpunten, maar ook op het evalueren van de resultaten ervan. In de volgende paragraaf gaan we nader op deze beleidsmaatregelen in.

Eerst staan we nog stil bij de vraag wat de bevindingen ons leren over de (on)mogelijkheden, voor en nadelen van een «betaaltitel» voor selectieve preventie in de Zvw zoals de motie Wolbert vraagt. In de eerste plaats is van belang hier nogmaals te benadrukken dat de meer op groepen gerichte preventie behoort tot de kerntaak van de gemeente waarvoor zij ook via de gebruikelijke wegen middelen ontvangen.

Als we *een betaaltitel* (aanspraak) voor selectieve preventie zouden instellen in de Zvw dan moet selectieve preventie in het basispakket worden opgenomen. Dat stelt ons voor een aantal fundamentele problemen. Het betekent een uitbreiding van het pakket met financiële consequenties terwijl de omvang daarvan moeilijk te duiden is. Omdat niet duidelijk is wat er precies onder selectieve preventie valt, is het erg lastig als aanspraak te formuleren. Bij sommige interventies is de vraag gerechtvaardigd of het wel gaat om «zorg» en of de ziektekostenverzekering wel het juiste middel is om de interventie (breed) toegankelijk te maken. Daarbij komt dat de aanspraken in de Zvw gelden voor elke Nederlander en de ziektekostenverzekering het individuele risico op gezondheidsschade verzekert. Selectieve preventie is juist gericht op risicogroepen. Dat past niet bij het karakter van de Zvw, waarin individuele aanspraken op medische zorg zijn verankerd. Een ander probleem bij een betaaltitel is dat het lastig is om vast te stellen of preventieactiviteiten voor risicogroepen wel kosteneffectief zijn en een bewezen therapeutische meerwaarde hebben. Dat zijn noodzakelijk voorwaarden om voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking te komen.

Behalve deze fundamentele problemen zien wij ook het risico dat door het instellen van een betaaltitel in de Zvw selectieve preventie als het ware «gemedicaliseerd» wordt. Gemeenten zullen zich terughoudend en afwachtend opstellen. Zij zullen naar verzekeraars kijken om een totaal-aanbod te doen en voor verzekeraars geldt dat interventies bewezen effectief moeten zijn en moeten voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk, medicalisering ligt dan voor de hand. De noodzakelijk gebleken samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars om verder te komen in de ontwikkeling van preventieve interventies voor risicogroepen, komt dan eerder in gevaar dan dat het gestimuleerd wordt. De verbinding van de domeinen zorg, welzijn, sport, onderwijs, buurt komt op achterstand in plaats van in het middelpunt. Kortom: wij zien geen meerwaarde in het instellen van een dergelijke aanspraak. Naar aanleiding van motie Wolbert hebben we gekeken naar waar wel winst te halen is. We zien wel meerwaarde in het inzetten op verbindingen tussen welzijn, zorg, sport, onderwijs, werk etc. waarbij ieder zijn eigen verantwoordelijkheid neemt en risicogroepen goed worden bediend vanuit de diverse perspectieven en bekostigingsmogelijkheden.

5) Maatregelen: van goede bedoelingen naar in de praktijk ontwikkelen van resultaten

Wij zetten de volgende aanpak in, uitgaande van de constatering dat er niet één universele oplossing is voor alle gesignaleerde knelpunten en rekening houdend met het feit dat in ons land, dat geen land van blauwdrukken is, steeds gezocht zal moeten worden naar lokale maatwerkoplossingen. Onze maatregelen die op korte termijn kunnen starten, hebben tot doel preventie voor risicogroepen te stimuleren door het instellen van «eerste hulp bij preventie» en het faciliteren van «preventiecoalities». We evalueren deze aanpak omdat van belang is vast

te stellen of deze maatregelen daadwerkelijk leiden tot stimulering van preventie voor risicogroepen.

1) *Stimuleren*: het belang van preventie voor risicogroepen benadrukken. In de reguliere overleggen met gemeenten en zorgverzekeraars spreken wij de partijen aan op hun verantwoordelijkheid. Het belang dat gemeenten hebben bij het investeren in selectieve preventie ligt behalve in een verwachte vermindering van uitgaven in de uitkeringensfeer ook in het goed zorgen voor kwetsbare mensen. Het belang van zorgverzekeraars sluit daar goed bij aan. Als zij zwaar inzetten op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie kan dat enerzijds een lagere schadelast op termijn opleveren en anderzijds kunnen verzekeraars zich zodoende profileren als maatschappelijke ondernemers die zich inspannen voor het wel en wee van hun verzekerden. Zowel verzekeraars als gemeenten zijn volledig risicodragend en zullen bij het organiseren van preventieactiviteiten voor risicogroepen goed uitkijken of het ook de moeite waard is. En dat vergroot de kans op goed doordachte, effectieve en efficiënte interventies, die behalve tot een eventuele kostenbesparing ook leiden tot een betere gezondheidssituatie, meer welbevinden en participatie. Dat is waar gemeenten en zorgverzekeraars elkaar inhoudelijk op kunnen vinden zoals diverse praktijkvoorbeelden duidelijk maken.

2) «*Eerste hulp bij preventie*»: om onbekendheid met de werking van de stelsels en reeds bestaande mogelijkheden te bestrijden, stellen we een digitaal loket & een preventieteam in. De voorbereidingen hiervoor starten per direct.

Digitaal loket

Partijen kunnen hier terecht voor praktische informatie en concrete vragen over het opzetten van preventie activiteiten voor risicogroepen en de mogelijkheden voor structurele borging van preventie vanuit de vijf stelselwetten: hoe en onder welke voorwaarden kunnen activiteiten worden gefinancierd dan wel bekostigd? Het is de bedoeling om zoveel mogelijk informatie direct via de site beschikbaar te stellen, maar concrete, praktische vragen kunnen ook telefonisch worden gesteld aan de redactie. Voor de inhoud van de site en de beantwoording van deze vragen maken we onder andere gebruik van een breed netwerk van experts. Dit loket wordt gekoppeld aan een bestaande website, bijvoorbeeld van het RIVM.

Preventieteam

Er zullen ook vragen naar boven komen waarop geen antwoord is te geven met de bij het digitaal loket beschikbaar gestelde kennis en ervaringen. Denk aan vragen over echt vernieuwende preventie concepten maar ook voor concrete ondersteuning in een specifieke casus. Deze vragen worden door een preventieteam (samenstelling: ambtenaren van VWS en andere deskundigen) geïnventariseerd, beoordeeld en er wordt bekeken wat de beste manier is om hierbij ondersteuning te bieden. Knelpunten kunnen worden opgelost door informatie te verschaffen, verbindingen te leggen en goede voorbeelden te tonen. Het kan bijvoorbeeld nodig zijn om duiding te vragen bij het Zorginstituut. Ook van de instrumenten die in aanpalende trajecten zoals het NPP en het stimuleringsprogramma betrouwbare publieke gezondheid worden ontwikkeld, maakt het preventieteam gebruik. Denk aan de gezondheidsprofielen van de buurt en de daaraan verbonden praktische instrumenten voor gemeenten, zorgverleners en zorgverzekeraars. Tevens zal het preventieteam aansluiting zoeken bij de GGD'en die vanuit de vier pijlers (monitoren, uitvoering gezondheidsbescherming, optreden bij crises en

toezicht) een belangrijke taak hebben in de publieke gezondheid. Het overzicht dat we de IGZ willen laten opstellen van de kerntaken van de individuele GGD'en kan hierbij ook behulpzaam zijn.

Ook is het mogelijk om via het preventieteam gerichte ondersteuning op maat te leveren. Over de activiteiten van het preventieteam en de gevonden oplossingen wordt via de website gecommuniceerd. Tevens wordt aansluiting gezocht bij onder andere bestaand overleg tussen gemeenten en verzekeraars (www.versterkensamenwerking.nl) om te zorgen dat informatiedeling breed plaatsvindt.

3) We faciliteren het sluiten van *preventiecoalities* met als doel het realiseren van meer door gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk gedragen plannen voor effectieve preventie activiteiten voor risicogroepen. Hiervoor willen we samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars stimuleren en waar nodig faciliteren. De coalities zijn bedoeld om te komen tot een structurele borging van effectieve preventie activiteiten, gefinancierd vanuit de reguliere financiële middelen van gemeenten en zorgverzekeraars. Er moet overeenstemming zijn tussen de verzekeraar en de gemeente over de te behalen doelen. Hun gezamenlijk opgestelde plannen omvatten een mix van activiteiten die in samenhang worden uitgevoerd: in kaart brengen van gezondheidsrisico's en bijbehorende risicogroepen, ontwikkeling en organisatie van samenhangende interventies voor de hele risicogroep (voorlichting, omgevingsinterventies, aansluiting met andere domeinen zoals onderwijs, sport, welzijn) en individuen daarbinnen, tijdig opsporen van individuen met een verhoogd risico (case finding) en toegeleiding tot interventies zowel op groepsniveau als op individueel niveau. Hierover maken gemeenten en verzekeraars, vanuit ieders eigen wettelijke taken en verantwoordelijkheden, afspraken.

Bij het sluiten van deze preventiecoalities haken we ook aan bij bestaande initiatieven vanuit het NPP: de GIDS-gelden (€ 20 miljoen per jaar) en Kans voor de Veenkoloniën (€ 10 miljoen).

Financiële ondersteuning is alleen mogelijk voor activiteiten die niet behoren tot de aanspraken en voorzieningen uit Wpg, Zvw, Wmo, Wlz of Jeugdwet maar die wel noodzakelijk zijn om het project van de grond te krijgen. Het gaat dan om kosten voor samenwerking en/of coördinatie. Financiële ondersteuning is voorts alleen mogelijk op basis van cofinanciering door gemeente en zorgverzekeraar (uit eigen middelen) waarbij het rijk maximaal 1/3 deel bijdraagt. Een belangrijke voorwaarde is dat de activiteiten zichzelf uiteindelijk in stand kunnen houden, bijvoorbeeld op basis van afspraken over shared savings. De financiële ondersteuning is voor maximaal 5 jaar. Wij verkennen momenteel de wijze waarop we dit organisatorisch gaan regelen, hoe we een en ander gaan monitoren, wat de financieringsmogelijkheden zijn en wanneer we daarmee kunnen starten.

4) *Evaluatie*: de bovenstaande maatregelen worden voor 5 jaar ingezet. Na drie jaar wordt een evaluatie ingezet om te bezien of er inderdaad meer preventieactiviteiten voor risicogroepen zijn ontwikkeld, of deze activiteiten substantieel zijn, of ze zelfstandig levensvatbaar zijn en wat de resultaten daarvan zijn in gezondheidswinst. De balans wordt opgemaakt en we kijken nogmaals naar de vraag of de wet- en regelgeving belemmeringen opwerpt die we onwenselijk vinden en zo ja, hoe die verholpen kunnen worden.

Tot slot benadrukken wij hier graag het belang van slimme innovaties en technologie voor preventie. Verandering in leefstijl valt niet af te dwingen, dat moeten we ook niet willen maar het kan mensen wel makkelijker worden gemaakt. Mensen maken graag gebruik van slimme technologie, van apps, en van games. Veel gezondheidsinnovaties komen van

«onderop», ze worden ontwikkeld omdat mensen er behoefte aan hebben. Denk bijvoorbeeld aan de vele hardloopapps en stappentellers waar mensen enthousiast gebruik van maken. Of de apps om gezonder te leven, die jong en oud kunnen gebruiken én die bovendien leuk zijn om met elkaar te delen. Via de website zorginnovatie.nl zijn momenteel al 84 leefstijl innovaties inzichtelijk en dit aantal groeit nog steeds.

Technologie maakt het bovendien mogelijk dat mensen met een gezondheidsprobleem zelfstandiger kunnen functioneren, zonder tussenkomst of met minimale tussenkomst van een zorgverlener. Deze technologie voorkomt dat mensen onnodig (vaak) een beroep doen op de gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn Zelfzorg Ondersteund (zie paragraaf 3c), de on-line programma's in de GGZ en online hartmonitoring-programma's.

Ten slotte voorkomt technologie dat zwaardere zorgvormen worden ingezet als lichtere vormen voldoen. In de curatieve zorg kunnen mensen bijvoorbeeld gezien worden door hulpverleners dicht bij huis, onder supervisie van een specialist op afstand. In de langdurige zorg kan de inzet van technologie bij mensen thuis opname in een verpleeghuis voorkomen.

Kortom: technologie en slimme innovaties geven mensen de mogelijkheid om gezond te blijven, terwijl mensen met gezondheidsproblemen zo lang mogelijk zelfredzaam kunnen zijn en hun zorg zo dicht mogelijk bij huis kunnen ontvangen. Innovatie is dus onontbeerlijk om preventie tot een succes te maken, om de zorg betaalbaar te houden en de kwaliteit van leven van heel veel mensen te verbeteren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn