

Rapport

Van preventie verzekerd

Op 16 juli 2007 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

27043525

Afdeling

Innovatie

Auteurs

mw. mr. M.E. Kroes, drs. C.G. Mastenbroek, mw. drs. B.T.L.E.
Couwenbergh, mw. drs. M.J.A. van Eijndhoven, mw. mr. C.C.S.
Festen, mw. dr. F. Rikken

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 86 31 en 797 86 57

Bestellingen

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website
(www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer
(020) 797 88 88.

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. De interpretatie van 'preventie' in dit rapport
4	3. Verzekerde vormen van preventie: wet- en regelgeving
4	3.a. Zvw en Bzv
5	3.b. AWBZ en Bza
7	3.c. Conclusie
9	4. Preventie in de praktijk: stand van zaken, knelpunten en kansen
9	4.a. Richtlijnen en standaarden
9	4.b. Preventie in de praktijk van de zorgverleners
11	4.c. Conclusie
12	5. Meer mogelijk, hogere kosten
12	5.a. Meer zorgkosten en gezondere mensen die langer leven
12	5.b. Risicoverevening
12	5.c. Conclusie
13	6. Consultatie
14	7. Vervolgstappen en aanbevelingen

Bijlagen

1. Definities preventie
2. Voorbeeld preventieve interventie
3. Literatuurlijst

Samenvatting

Preventie verzekerd?

Welke vormen van preventie vallen momenteel voor wie onder de verzekerde zorg? En hoe gaat de zorgpraktijk daarmee om? Dat zijn de vragen die het CVZ in dit rapport beantwoordt. Daarbij komen ook de verzekeringsknelpunten en -kansen aan bod. Dit rapport is in eerste instantie bedoeld om helderheid te scheppen voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Tweede Kamer, maar daarnaast ook voor zorgverzekeraars en andere betrokkenen zoals patiënten.

Aanleidingen voor dit rapport

Er is gezondheidswinst te behalen als we zorg voor gezondheid centraal stellen in plaats van behandeling van ziekte. Ziekte voorkómen heeft een duidelijk maatschappelijk belang. Gezond zijn en gezond blijven draagt bij aan het welzijn van individuen en de mogelijkheden tot participatie in de maatschappij. Bij het besluit om een rapport over verzekerde vormen van preventie te publiceren, speelden voor het CVZ daarnaast de volgende aanleidingen:

- Nederlanders zijn de afgelopen jaren ongezonder gaan leven dan voorheen. Dat blijkt uit de *Volksgezondheid Toekomstverkenning 2006* van het RIVM (De Bilt, 2006).
- Het kabinet heeft in zijn beleid voor de komende jaren een hoge prioriteit toegekend aan preventie.
- De Tweede Kamer heeft in januari 2007 een motie over preventie aangenomen waarin gevraagd wordt of en hoe preventie in het basispakket opgenomen kan worden (motie Van der Veen, januari 2007).

Wat wel en niet aan bod komt

Het CVZ beperkt zich in dit rapport tot vormen van individuele preventie, omdat het daarbij gaat over individuele schade oftewel het verzekerde risico. Voorwaarde bij individuele preventie is dat de men redelijkerwijs moet zijn aangewezen op preventieve zorg, met andere woorden hiervoor geïndiceerd zijn. Dit in tegenstelling tot vormen van collectieve preventie zoals de landelijke screening op borstkanker en het programma "kijk op diabetes".

Ook beperkt het college zich in dit rapport tot verzekerde vormen van preventie. Mensen met risico op ziekte *opsporen en toeleiden* naar de zorg acht het college weliswaar een belangrijke taak, maar dit is een taak voor de betrokken ministeries en de gemeenten, omdat deze buiten de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt.

Conclusies

Het CVZ concludeert dat het niet mogelijk is om de behandeling van een hoog risico op ziekte te onderscheiden van de behandeling van ziekte. Het CVZ acht het ook niet wenselijk om dit te scheiden. Het college is dan ook van mening dat preventieve zorg voor burgers met een ziekte of een verhoogd risico op ziekte onder bepaalde voorwaarden onder de Zvw en de AWBZ valt. Dit geldt voor vormen van

individuele preventie, zoals geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Bovendien heeft het college geconstateerd dat veel preventie nu al verzekerde zorg is, maar dat er in de praktijk momenteel minder wordt aangeboden, gevraagd en geconsumeerd dan wet- en regelgeving mogelijk maken.

Preventie vraagt om financiële investeringen en leidt tot meer gezonde levensjaren.

Vervolgacties

Het CVZ heeft zich voorgenomen een aantal acties te ondernemen om verzekerde vormen van preventie onder de aandacht te brengen:

1. Vervolgrapportages uitbrengen

In deze vervolgrapportages verduidelijkt het CVZ welke preventieve zorg voor welke risico's verzekerd is (in termen van functionele aanspraken). De eerste rapportage (over de zorg bij stoppen met roken) verschijnt in het najaar van 2007. De andere rapportages gaan over de zorg bij schadelijk alcoholgebruik, de zorg bij overgewicht, de zorg bij diabetes en de zorg bij depressie.

2. Adviseren

Op basis van de standpunten in de vervolgrapportages adviseert het CVZ de minister van VWS in het jaarlijkse Pakketadvies zonnodig over in- of uitstroom van zorg uit de Zvw.

3. Voorlichting geven

Het CVZ geeft voorlichting aan betrokken partijen over welke preventieve zorg onderdeel is van de Zvw en van de AWBZ.

4. Toetsen aan stand van de wetenschap en praktijk

Het CVZ toetst het brede scala van preventieve zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk.

5. Zorggebruik monitoren

Het CVZ werkt samen met de NZa aan het monitoren van het gebruik van preventieve zorg. De resultaten van deze monitoring gebruikt het CVZ onder meer voor zijn adviestaak.

Aanbevelingen

Tot slot beveelt het CVZ de minister van VWS aan het opsporen en toeleiden naar de individuele zorg goed te regelen en nader te onderzoeken hoe preventieve zorg is in te bedden in de systematiek van de risicoverevening.

1. Inleiding

Preventie verzekerd?

Welke vormen van preventie vallen momenteel voor wie onder de verzekerde zorg? En hoe gaat de zorgpraktijk daarmee om? Dat zijn de vragen die het CVZ in dit rapport beantwoordt. Daarbij komen ook de verzekeringsknelpunten en -kansen aan bod. Dit rapport is in eerste instantie bedoeld om helderheid te scheppen voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor de Tweede Kamer, maar daarnaast ook voor zorgverzekeraars en andere betrokkenen zoals patiënten.

In Nederland is gezondheidswinst te behalen als we zorg voor gezondheid centraal stellen in plaats van behandeling van ziekte. Gezond zijn en gezond blijven draagt bij aan het welzijn van individuen en de mogelijkheden tot participatie. Hoewel het individu zelf verantwoordelijk blijft voor zijn gezondheid, is het verzekeren van preventie bij uitstek een maatschappelijk proces. Dit is voor het CVZ de aanleiding geweest om de vraag te stellen welke rol de Zvw en de AWBZ hier momenteel in spelen. Daarnaast speelden de volgende drie ontwikkelingen een rol in dit besluit:

Nederland wordt ongezonder

1. Om te beginnen is ons land in de afgelopen jaren wat gezondheid betreft gedaald naar een 'goede middenmoter' in vergelijking met de andere landen van de Europese Unie. Dit staat in de *Volksgezondheid Toekomstverkenning 2006 Zorg voor gezondheid* van het RIVM (De Bilt, 2006). Het RIVM stelt dat het voor de volksgezondheid belangrijk is om preventie te versterken en sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen.

Kabinet maakt gezond leven beleidsprioriteit

2. Verder heeft het kabinet 'kiezen voor gezond leven' benoemd als prioriteit van het overheidsbeleid voor de komende vier jaar (*Preventienota*, 2006). Het kabinet heeft de volgende vijf speerpunten benoemd: roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, diabetes en depressie. De speerpunten zijn gebaseerd op (chronische) ziekten met hoge ziektelast zoals coronaire hartziekten, depressies, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen (COPD), diabetes mellitus, longkanker, alcoholverslaving, artrose en dementie.

Motie Van der Veen

3. Tot slot heeft de Tweede Kamer in januari 2007 de motie Van der Veen c.s. (30800-XVI, nr. 74) aangenomen. Deze motie stelt dat meer preventie leidt tot een betere volksgezondheid, dat er te weinig aandacht is voor preventiebeleid, dat zorgverzekeraars een belangrijke rol in het preventiebeleid kunnen spelen en dat er voor hen onvoldoende prikkels zijn om preventieve activiteiten te ontplooiën. Vervolgens heeft de Kamer in deze motie de regering verzocht in overleg met het veld na te gaan of en hoe preventie in het basispakket opgenomen kan worden.

***Hoe is dit rapport
opgebouwd?***

Om te beginnen leest u in hoofdstuk 2 hoe u 'preventie' in dit rapport moet interpreteren. Vervolgens komen in hoofdstuk 3 de geldende wet- en regelgeving rond preventie aan bod. In hoofdstuk 4 leest u hoe preventie in de zorgpraktijk uitpakt: hoe staat het ermee en welke mogelijkheden worden nog onvoldoende benut? In hoofdstuk 5 komen dan de financiële gevolgen van een betere benutting van wet- en regelgeving aan bod. In hoofdstuk 6 leest u over de consultatie in het kader van dit rapport. Tot slot vindt u in hoofdstuk 7 de vervolgstappen en enkele aanbevelingen.

2. De interpretatie van ‘preventie’ in dit rapport

In dit rapport wordt met ‘preventie’ bedoeld: interventies om ziekten en beperkingen te voorkomen en/of uit te stellen. Preventie kan zich richten op een individu, maar ook op een collectief of (sub)populatie in de bevolking (zie bijlage 1). In dit rapport leest u echter alleen over preventie gericht op individuen, te weten de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De Zvw en de AWBZ regelen immers de verzekerde zorg voor de individuele verzekerde. Voor de Zvw is dit vastgelegd in de polis die de verzekerde met de zorgverzekeraar heeft afgesloten. De universele en selectieve preventie (vormen van collectieve preventie) blijven in dit rapport buiten beschouwing.

Wat is geïndiceerde preventie?

‘Geïndiceerde preventie’ is de zorg die erop gericht is het ontstaan van ziekte te voorkomen bij een individu met een verhoogd risico op die ziekte. Geïndiceerde preventie is in de klassieke terminologie: secundaire preventie die gericht is op het individu (zie bijlage 1). Voorbeelden zijn de behandeling van verhoogde bloeddruk en de behandeling van verhoogd cholesterol om hart- en vaatziekten te bestrijden. Ook interventies in de vorm van gedrags- of leefstijlverandering gericht op individuen met een hoog risico op ziekten vallen hier in beginsel onder (zie voor een voorbeeld bijlage 2).

Wat is zorggerelateerde preventie?

‘Zorggerelateerde preventie’, in de klassieke terminologie tertiaire preventie (zie bijlage 1), is de zorg die gericht is op het voorkómen van:

- complicaties;
- het verergeren van de ziekte;
- beperkingen (bijvoorbeeld in de mobiliteit en in zintuiglijke functies).

Van oudsher zijn onderdelen van de zorggerelateerde preventie onderdeel van de verzekerde zorg van de Zvw. Denk aan het verstrekken van hulpmiddelen zoals steunkousen of revalidatie na een hartinfarct. Andere onderdelen vallen onder de verzekerde zorg van de AWBZ: advies inwinnen over het leren omgaan met een chronische ziekte of aandoening (bijvoorbeeld epilepsie) en trainingen om vaardigheden aan te leren (bijvoorbeeld spuiten bij diabetes).

Collectieve preventie: een zaak voor het kabinet

Om preventie in de praktijk te laten slagen is het belangrijk om mensen met een hoog risico actief op te sporen en ze naar de zorg toe te leiden. Dit is een taak van de betrokken ministeries en de gemeenten, omdat het hierbij gaat om collectieve preventie: een groep mensen systematisch opsporen. Deze collectieve preventie valt buiten de Zvw (zie bijlage 1), en daarmee buiten het domein van het CVZ. Dit rapport gaat er daarom niet nader op in.

3. Verzekerde vormen van preventie: wet- en regelgeving

In dit hoofdstuk leest u wat er in wet- en regelgeving te vinden is over preventie en verzekering daarvan. Aan bod komen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv), en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza).

3.a. Zvw en Bzv

Wet bepaalt 'wat en wanneer' Of een vorm van preventie onder verzekerde zorg valt, hangt af van een aantal factoren. Om te beginnen staat in de artikelen 10 en 11 van de Zvw het overzicht van 'het te verzekeren risico' en 'de te verzekeren prestaties'. Met andere woorden: welke zorg verzekerd is en welke prestaties/middelen daartoe worden ingezet. De inhoud en omvang van de prestaties waarop de verzekerde volgens de zorgverzekering recht heeft, zijn verder geregeld in het Bzv. Het Bzv omschrijft de verzekerde prestaties 'functiegericht'. Er staat in wat er onder de aanspraken valt (de inhoud en omvang van de zorg) en in welke gevallen (indicaties) de aanspraak geldt.

Preventie kan onderdeel zijn van de volgende te verzekeren prestaties:

- geneeskundige zorg, die zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden;
- paramedische zorg, die fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering omvat;
- mondzorg, die zorg omvat zoals tandartsen die plegen te bieden;
- farmaceutische zorg (regeling);
- hulpmiddelenzorg (regeling);
- verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in verband met medisch-specialistische zorg;
- zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden.

Zorgverzekeraar bepaalt 'door wie en waar'

Wie de zorg levert en waar dat gebeurt, staat niet in de wet. Dat is namelijk aan de zorgverzekeraar. Die maakt daarover afspraken met de verzekerde in de polis. Dit geldt ook voor procedurele voorwaarden zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten.

1. Maatstaf: stand van wetenschap en praktijk

Verder vermeldt het Bzv een drie maatstaven waarmee zorgverzekeraars de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties moeten bepalen. Zo staat in artikel 2.1, lid 2, van het BZV dat: "de inhoud en omvang van de zorgvormen mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied

geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.” Hiermee wordt bedoeld dat zorg in principe alleen verzekerd is als vaststaat dat de behandeling door de internationale medische wetenschap en de praktijk voldoende ‘beproefd en deugdelijk’ (evidence based¹) is bevonden.

2. Maatstaf: plegen te bieden

In artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv is bepaald dat bij een aantal te verzekeren prestaties, de omvang ook nog wordt bepaald door hetgeen de zorgverleners (huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen, verloskundigen en paramedici) plegen te bieden. Hierbij is het van belang of het leveren van de te verzekeren prestaties behoort tot het normale deskundigheidsgebied van de zorgverlener. Deze maatstaf betekent dat zorg alleen verzekerd is als de beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied rekent.

Maar hoe bepaal je de grens tussen wel en niet te verzekeren zorg? Daarvoor kunnen zorgverzekeraars bij het CVZ terecht: het college toetst preventieve interventies naar de stand van de wetenschap en de praktijk. Als het CVZ niet genoeg informatie tot zijn beschikking heeft, raadpleegt het eerst de Gezondheidsraad en vervolgens zo nodig Zorgonderzoek Nederland (ZonMw).

3. Maatstaf: indicaties waaraan de verzekerde moet voldoen

Tot slot hangt het verzekerd zijn van een zorgvorm ook af van specifieke kenmerken (‘indicaties’) van de verzekerde. Ook al behoort de zorg tot de te verzekeren prestaties, dan nog zijn er namelijk algemene of specifieke indicaties waaraan de verzekerde moet voldoen om er aanspraak op te hebben. Zo vermeldt artikel 2.1 lid 3 van het Bzv dat “de verzekerde slechts recht heeft op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.” Met andere woorden: aan de verzekering kan een verzekerde pas rechten ontlenen, zodra het verzekerde risico (oftewel het gezondheidsprobleem) zich heeft gemanifesteerd, bijvoorbeeld de glucose-intolerantie als een mogelijk voorstadium van diabetes.

Deze drie maatstaven gelden ook voor geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

3.b. AWBZ en Bza

AWBZ kent zes ‘functies’

Ook de AWBZ biedt aanknopingspunten om preventie te verzekeren onder bepaalde voorwaarden. In artikel 6, lid 1, van de AWBZ staat dat verzekerden aanspraak hebben op zorg

¹ Dit betreft een systematische zoekstrategie naar relevante literatuur en beoordeling van de methodologische kwaliteit van de geselecteerde onderzoeken. De zoekstrategie vindt o.a. plaats in de internationale medisch-wetenschappelijke databases. De beoordeling van artikelen vindt, waar dit kan, zo veel mogelijk plaats met behulp van controlelijsten ter beoordeling van de methodologische kwaliteit van medische artikelen. Aan de onderzoeken wordt, waar mogelijk, een bewijsniveau (level of evidence) toegekend conform EBRO-richtlijnen (Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling).

ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Het Bza omschrijft de aanspraken "functiegericht". Voor dit rapport zijn de volgende functiegerichte aanspraken relevant:

- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- ondersteunende begeleiding;
- activerende begeleiding;
- behandeling;
- verblijf.

***Maatstaf:
grondslagen***

Wil een verzekerde aanspraak maken op AWBZ-zorg, dan moet er sprake zijn van een grondslag: een ziekte, een aandoening, een stoornis, een handicap of een beperking. De grondslagen zijn:

- een somatische aandoening of beperking;
- een psychogeriatrische aandoening of beperking;
- een psychiatrische aandoening of beperking;
- een verstandelijke handicap;
- een lichamelijke handicap;
- een zintuiglijke handicap;
- een psychosociaal probleem.

De zorg in de AWBZ is in het algemeen gericht op herstel of voorkomen van verergering van de aandoening, beperking of handicap. Ook kan de zorg gericht zijn op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving. Tot slot kan de zorg ook gericht zijn op het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen.

Ook in de AWBZ moet de verzekerde redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen (artikel 2, lid 2, Bza). Is hij dat, dan kan hij aangewezen zijn op één of meer functies. Zie ook het rapport *AWBZ-kompas* van het CVZ (Diemen, juni 2007).

***Preventie in de
AWBZ***

De aanspraken (zie hierboven) in de AWBZ kunnen activiteiten en interventies omvatten die zijn te kwalificeren als geïndiceerde of zorggerelateerde preventie. Geïndiceerde preventie bestaat bijvoorbeeld uit advisering, instructie en voorlichting bij de aanspraak verpleging. Zorggerelateerde preventie in de AWBZ bestaat bijvoorbeeld uit tijdelijke ondersteuning bij of overname van beperkingen in functies en activiteiten, zoals dagbesteding.

Beide vormen van preventie zijn van oudsher integraal onderdeel van de zorg zoals die in de AWBZ is geregeld. Dit betekent dat de AWBZ ook recht geeft op preventieve interventies.

Overigens stelt de AWBZ aan de interventies (nog) niet de voorwaarde 'voor zover behorend tot de stand van de wetenschap en de praktijk'. Toch zijn deze voorwaarden in de praktijk wel gangbaar en worden zij ook in de AWBZ toegepast.

3.c. Conclusie

Wat concludeert het CVZ nu over preventie en de verzekering daarvan? De conclusie is dat de Zvw en de AWBZ mogelijkheden bieden voor vormen van geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- De verzekerde heeft een ziekte of een hoog risico op ziekte (algemeen indicatiecriterium).
- De zorg behoort tot de te verzekeren prestaties.
- De preventie-interventie moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zowel in de Zvw als in de AWBZ.
- De preventie-interventie in de Zvw moet voldoen aan het criterium "zoals huisartsen, specialisten etc. dat plegen te bieden".

Preventie integraal onderdeel van het behandelings-traject

In de praktijk betekenen deze voorwaarden dat de arts op grond van individuele omstandigheden, vaststelt of er bij een verzekerde sprake is van een indicatie. Met de indicatie bepaalt de arts de behoefte aan geneeskundige zorg en geeft daarmee invulling aan het te verzekeren risico. De geneeskundige zorg staat beschreven in de geldende standaarden en richtlijnen. Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie maken volgens deze standaarden en richtlijnen integraal onderdeel uit van het behandelingstraject (geïndiceerde preventie, zorg en zorggerelateerde preventie). Dat uit zich ook in de dagelijkse praktijk in de spreekkamer.

Behandeling van hoog risico op ziekte behoort tot de verzekerde zorg

Uit het vorenstaande blijkt dat de systematiek van de wet geen aanknopingspunten biedt om geneeskundige zorg te scheiden in preventie (bij hoog risico op ziekte) en behandeling (bij ziekte). Op basis hiervan concludeert het CVZ dat het niet mogelijk is om bij het bepalen van de te verzekeren zorg, onderscheid te maken tussen de behandeling van ziekte en de behandeling van een hoog risico op ziekte (geïndiceerde preventie).

Daarom behoort dergelijke individueel bepaalde preventieve zorg volgens het college tot de verzekerde zorg.

Gewenste ontwikkeling

Vanuit een oogpunt van het ontwikkelen van ketenzorg en "disease management" bij chronische ziekten, acht het CVZ het ook gewenst geen onderscheid te maken tussen geïndiceerde preventie, behandeling en zorggerelateerde preventie. Ook preventieve interventies in de vorm van gedrags- of leefstijlverandering, gericht op individuen met een hoog risico

op ziekten, vallen in principe onder de verzekerde zorg.
Als er géén hoog risico op ziekte is (met vermogensschade als gevolg), vallen preventieve interventies buiten de Zvw.

4. Preventie in de praktijk: stand van zaken, knelpunten en kansen

In dit hoofdstuk leest u eerst wat er in de richtlijnen van de beroepsbeoefenaren over preventie staat. Daarna gaat het CVZ in op wat de zorgverleners in de dagelijkse zorgpraktijk aan preventie doen. Daaruit trekt het CVZ tot slot een aantal conclusies: knelpunten en kansen.

4.a. Richtlijnen en standaarden

Het is gebruikelijk, maar niet verplicht, dat beroepsbeoefenaren in de zorg (artsen, specialisten, paramedici, etc.) bij het uitoefenen van hun beroep rekening houden met de richtlijnen en standaarden die hun beroepsorganisaties hebben opgesteld.

Preventie in bijna alle 135 richtlijnen en standaarden

In 2005 heeft TNO in opdracht van het CVZ onderzoek gedaan naar *preventie in de verzekerde zorg* (Leiden, september 2005). Dit onderzoek heeft uitgewezen dat in bijna alle 135 richtlijnen voor beroepsbeoefenaren in de zorg aandacht is voor het voorkómen en uitstellen van een ziekte en het verminderen van beperkingen. Voorbeelden zijn het voorschrijven van medicijnen in de recente richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement* (CBO/NHG, Utrecht, 2006) of het geven van leefstijladviezen in de standaard *Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct* (NHG, Utrecht 2005). Hieruit blijkt dat vormen van preventie in feite in veel gevallen een onlosmakelijk onderdeel zijn van de behandeling. Uit een vervolgonderzoek van TNO blijkt dat bij de totstandkoming van de richtlijnen vanaf 2005 een verschuiving zichtbaar is van monodisciplinaire naar multidisciplinaire richtlijnen. Multidisciplinaire richtlijnen hebben betrekking op meer beroepsgroepen (Leiden, november 2006). Uit deze richtlijnen blijkt dat preventie steeds meer een onderdeel vormt van ketenzorg.

Evidence based

Waren de oude richtlijnen en standaarden vooral gebaseerd op consensus binnen de beroepsgroep, de recente richtlijnen en standaarden komen veelal tot stand op basis van 'evidence based medicine' (zie de voetnoot in hoofdstuk 3). Het CVZ baseert zich bij de beoordeling en waardering van de interventies zoveel mogelijk op de evidence based geneeskunde. Dit om de grens tussen wel en niet te verzekeren zorg te kunnen trekken.

4.b. Preventie in de praktijk van de zorgverleners

Rol van de eerstelijns zorg belangrijk

Hoe staat het nu met verzekerde preventie in de praktijk: hoe gaan de zorgverleners en verzekeraars ermee om? De eerstelijnsgezondheidszorg speelt een belangrijke rol bij het bieden van preventie. Dit blijkt onder andere uit een aantal

essays uit de CVZ-bundel *Van preventie verzekerd* (Diemen 2006).

In 2005 heeft TNO al vastgesteld (onderzoek *Preventie in de verzekerde zorg*) dat de huisarts een preventieve functie heeft. In veel gevallen is de huisarts alert op risico's die bepaalde patiënten lopen en geeft hen gerichte leefstijladviezen.

Uit recente andere onderzoeken blijkt, dat ook andere professionals in de eerstelijnszorg vinden dat de huisartsen de aangewezen aanbieders van preventieve activiteiten zijn, maar dat zij daar door een combinatie van gebrek aan tijd en ondersteuning bij dit onderwerp momenteel feitelijk maar (zeer) weinig aan doen. Dit blijkt onder meer uit het onderzoek *De huisarts-patiëntrelatie anno 2006* van het NHG en TNS NIPO (Utrecht, 2006) en de *Rapportage Nationaal preventie onderzoek huisartsen 2006* van het NOC/NSF en Pfizer (Papendal, 2006).

***Tweedelijns zorg:
nog niet erg actief
in preventie***

Ook de artsen in de tweedelijnszorg besteden bij de behandeling van patiënten met chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten, COPD en diabetes mellitus type 2 steeds meer aandacht aan de leefstijlfactoren roken, alcoholgebruik en lichamelijk inactiviteit. Toch blijkt uit het eerdergenoemde onderzoek van TNO (Leiden, 2005) dat er bij beroepsbeoefenaren soms geen duidelijkheid bestaat over preventieve interventies. Zo heeft TNO geconcludeerd dat er in sommige gevallen een discrepantie is (in inhoud en omvang) tussen het officiële beleid van beroepsorganisaties en de praktijk. TNO heeft ook geconstateerd dat individuele beroepsbeoefenaren de richtlijnen niet altijd toepassen en dat zij preventie niet altijd als een kerntaak herkennen.

***Voorbeeld:
curatieve GGZ doet
te weinig aan
preventie***

In de *curatieve GGZ* is het voorkomen (ofwel de preventie) van het opnieuw optreden van depressie van oudsher onderdeel van de behandeling en begeleiding. Deze zorggerelateerde preventie is gericht op het leren hanteren van de psychische aandoening.

Recent hebben het Trimbos-instituut en het RIVM vastgesteld dat de effecten van preventie van depressie groot zijn en dat te weinig mensen hiervan momenteel gebruikmaken (rapport *Gezond Verstand*, De Bilt, 2006).

***Ketenzorg niet
optimaal***

TNO heeft in 2005 geconcludeerd dat het in veel gevallen nog ontbreekt aan samenhang in de preventieve ketenzorg. De verwachting is dat de beroepsbeoefenaren in de eerste en tweede lijn geleidelijk meer aandacht krijgen voor continuïteit in de zorgketen, inclusief het (vroeg)tijdig signaleren van risicofactoren, zoals leefgewoonten. Het CVZ wijst erop dat de keten veelal begint met het vroegtijdig opsporen van groepen mensen met een hoog risico. Het opsporen en toeleiden van deze groepen mensen naar de zorg, is een taak van de

betrokken ministeries en de gemeenten en verdient meer aandacht.

4.c. Conclusie

Wat kan het CVZ nu concluderen over verzekerde preventie in de praktijk? Het CVZ neemt waar dat preventie in de praktijk (eerste en tweede lijn) nog onvoldoende aandacht krijgt, terwijl dit wel belangrijk is en in standaarden en richtlijnen staat. Het CVZ onderscheidt de volgende belemmeringen en kansen.

1. Meer mogelijk in de praktijk

Om te beginnen is er meer mogelijk in de praktijk van de eerste- en tweedelijns zorg. Hoewel de richtlijnen en standaarden van de beroepsbeoefenaren in toenemende mate preventieve aspecten bevatten, doen de beroepsbeoefenaren bij de uitoefening van hun beroep in veel gevallen feitelijk minder aan preventie dan de richtlijnen en standaarden voorschrijven. Daardoor krijgen mensen met een hoog risico op ziekte niet altijd tijdig de preventieve zorg die ze nodig hebben. Ook mensen die al zijn ziek zijn, krijgen niet altijd tijdig de voor hen noodzakelijke preventieve zorg.

2. Mogelijkheden monitoren

Daarnaast kunnen de zorgverzekeraars en de zorgverleners de mogelijkheden die de Zvw en de AWBZ bieden, beter benutten. In de Zvw en de AWBZ zijn namelijk voldoende mogelijkheden voor preventie. Het CVZ concludeert dat het verzekerde risico ruimer kan worden opgevat dan nu gebeurt.

Er is momenteel te weinig of geen zicht op de ontwikkelingen in het preventieve zorggebruik. Het CVZ vindt het van belang de ontwikkelingen in het preventieve zorggebruik te gaan volgen. Om deze ontwikkelingen te monitoren werkt het CVZ samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

3. Beter opsporen en toe leiden

Ook concludeert het CVZ dat de betrokken ministeries en de gemeenten te weinig aandacht hebben voor het actief opsporen van mensen met een hoog risico en het toe leiden van deze mensen naar de zorg. Dat is een gemiste kans. Het kabinet moet hier landelijk op sturen. Deze activiteiten spelen zich af buiten het domein van de Zvw en de AWBZ.

5. Meer mogelijk, hogere kosten

De kansen die het CVZ waarneemt, hebben gevolgen voor de zorgkosten en de vertaling van deze kosten naar het systeem van de zogenaamde risicoverevening. Het CVZ kan, op grond van de bestaande literatuur (zie bijlage 3 voor de artikelen van W. Brouwer en J.J. Polder), de kosten op dit moment slechts in algemene termen duiden.

5.a. Meer zorgkosten en gezondere mensen die langer leven

Wat zijn de kosten en de baten, als de mogelijkheden om preventie te verzekeren volledig benut worden? Dat ligt tamelijk genuanceerd. Uit de literatuur komt het volgende beeld naar voren. Als zorgvragers, zorgverleners en zorgverzekeraars de ruimte aan preventieve zorg die de Zvw en de AWBZ volgens het CVZ bieden, werkelijk benutten, dan nemen de zorgkosten *op korte termijn*, als gevolg van de feitelijk genoten preventieve zorg, toe. Daar staat naar verwachting tegenover dat het zorggebruik en de zorgkosten *op middellange termijn* afnemen voor die groep mensen die de preventieve zorg benutten en daardoor gezonder worden. Maar *op lange termijn* leidt de preventie uiteindelijk weer tot meer kosten, als er zich weer ziekten voordoen gedurende de gewonnen levensjaren. Het zijn echter juist deze gewonnen levensjaren, naast een verbeterde kwaliteit van leven, die de samenleving als de baten van preventie beschouwt en nastreeft. Daarom vindt het CVZ dat investeren in preventie de moeite waard is.

5.b. Risicoverevening

Voor de systematiek van risicoverevening geldt in principe dat deze de aanspraken in het basispakket volgt. Dit betekent dat preventie op een of andere manier vertaald moet worden naar de risicoverevening, als de ruimte wordt benut die de Zvw voor preventie biedt. Hoe dat zou moeten gebeuren, hangt af van allerlei factoren. Zo speelt de omvang van de kosten die met preventie zijn gemoeid een rol. Ook de mogelijkheden om deze kosten te koppelen aan bestaande categorieën binnen de risicoverevening zijn van belang. Het CVZ meent dat nader onderzoek nodig en wenselijk is om hierover duidelijkheid te brengen. Het ministerie van VWS zou hierbij het voortouw moeten nemen, omdat de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem onder zijn verantwoordelijkheid valt.

5.c. Conclusie

Het CVZ kan de kosten op dit moment slechts in algemene termen duiden. Desalniettemin meent het CVZ dat nader onderzoek nodig is voor de vertaling van deze kosten naar het risicovereveningssysteem.

6. Consultatie

Bij het schrijven van dit rapport heeft het CVZ gebruik gemaakt van de deskundigheid van een groot aantal personen en organisaties. Het CVZ heeft twee openbare bijeenkomsten georganiseerd, er zijn gesprekken gevoerd met een aantal stakeholders en tot slot zijn de besturen van betrokken organisaties geconsulteerd.

Bijeenkomsten 27 november 2006 23 april 2007

In november 2006 heeft het CVZ het eerste rondetafelgesprek georganiseerd. Met een groot aantal deskundigen uit de zorgsector heeft het CVZ, aan de hand van een aantal essays (vanuit verschillende perspectieven), van gedachten gewisseld over preventie en de relatie met verzekerde zorg. De essays zijn door het CVZ uitgebracht in de essaybundel *Van preventie verzekerd* (Diemen, 2006). In april 2007 heeft het CVZ de hoofdlijnen van het conceptrapport "Van preventie verzekerd" toegelicht en opnieuw besproken met de deskundigen uit de zorgsector. Dit heeft geleid tot aanscherping van het rapport.

Gesprekken met stakeholders

Vervolgens heeft het CVZ gesprekken gevoerd met de KNMG, NPCF, ZN, Nza, NHG, GGD-nl, GGZ-nl en de Consumentenbond. Deze gesprekken hebben tot een veelheid aan reacties geleid. Naar aanleiding hiervan heeft het CVZ het rapport tot de essentie van het te verzekeren risico teruggebracht, het domein van de Zorgverzekeringswet en het CVZ.

Het CVZ heeft het actief opsporen en leiden van doelgroepen naar de preventieve zorg, expliciet buiten beeld geplaatst. De opmerkingen van stakeholders gingen daarnaast ook vaak over de vraag welke interventies voor welke hoog risico's binnen het verduidelijkte kader vallen (de concretisering). Het CVZ heeft toegezegd deze opmerkingen ter harte te nemen bij de opstelling van de vervolgrapportages, waarvan de eerste dit najaar zal uitkomen.

Bestuurlijke consultatie

Tot slot heeft het CVZ de eerdergenoemde organisaties ook nog bestuurlijk geconsulteerd. De ontvangen bestuurlijke reacties gingen, naast suggesties voor de opzet van het rapport en onderdelen van de tekst, in op een aantal aspecten:

- Aandacht voor interventies gericht op gedragsverandering en de vraag of deze onder de Zvw vallen;
- De vraag hoe en door wie het hoog risico bepaald wordt;
- Het benadrukken van het belang van een goede opsporing en toeleiding naar de zorg;
- De vraag of alle geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie onder de zorgverzekering valt, onder welke condities en op welke wijze.

Deze aandachtspunten heeft het CVZ meegenomen en/of nader toegelicht in dit rapport. De vervolgrapportages zullen leiden tot adviezen over de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties zoals deze in de wet zijn vastgelegd.

7. Vervolgstappen en aanbevelingen

In dit hoofdstuk formuleert het CVZ zijn conclusies over preventie en verzekerde zorg. Ook geeft het CVZ aan welke vervolgstappen het daaraan verbindt. Tot slot doet het CVZ enkele aanbevelingen.

Conclusies

Het verzekerde risico

De behandeling van hoog risico op ziekten behoort tot 'het te verzekeren risico' in de Zvw en de aanspraken in de AWBZ (geïndiceerde preventie). Ook zorggerelateerde preventie behoort tot 'het te verzekeren risico' in de Zvw of vormt een onderdeel van de functies in de AWBZ. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- De verzekerde heeft een ziekte of een hoog risico op ziekte (algemeen indicatiecriterium).
- De zorg behoort tot de te verzekeren prestaties.
- De preventie-interventie moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zowel in de Zvw als in de AWBZ.
- De preventie-interventie in de Zvw moet voldoen aan het criterium "zoals huisartsen, specialisten etc. dat plegen te bieden".

Als er géén hoog risico op ziekte is (met vermogensschade als gevolg), vallen preventieve interventies buiten de Zvw.

Gewenste ontwikkeling

Vanuit een oogpunt van het ontwikkelen van ketenzorg en "disease management" bij chronische ziekten, acht het CVZ het gewenst geen onderscheid te maken tussen geïndiceerde preventie, behandeling en zorggerelateerde preventie.

Meer mogelijkheden in de praktijk en in de wet

De beroepsbeoefenaren doen bij de uitoefening van hun beroep in veel gevallen feitelijk minder aan preventie dan de richtlijnen en standaarden voorschrijven. Preventieve interventies in de vorm van gedrags- of leefstijlverandering, gericht op individuen met een hoog risico op ziekten, vallen in principe onder de verzekerde zorg. Gezien de bestaande mogelijkheden voor preventieve zorg in de Zvw en de AWBZ, leidt dit tot de conclusie dat de zorgverzekeraars en de zorgverleners de mogelijkheden die de Zvw en de AWBZ bieden, momenteel nog onvoldoende benutten.

Opsporen en toeleiden

Groepen mensen met een hoog risico op ziekte opsporen en toeleiden naar de zorg, is essentieel maar kan niet binnen de Zvw worden aangepakt, omdat die gericht is op individuele zorg. Daarom vindt het CVZ het belangrijk dat de betrokken ministeries en de gemeenten hierin hun verantwoordelijkheid nemen. Ook

Kosten

Het CVZ kan de (meer)kosten op dit moment slechts in algemene termen duiden. Desalniettemin acht het CVZ het noodzakelijk deze kosten te vertalen naar het risicovereveningssysteem; hiervoor is het ministerie van VWS verantwoordelijk.

Vervolgstappen

Wat doet het CVZ nu met deze conclusies? Het college zal de volgende activiteiten ondernemen:

Vervolgrapportages uitbrengen

Om duidelijk te maken welke zorg verzekerd is, brengt het CVZ om te beginnen vijf vervolgrapportages uit. De rapportages gaan over de zorg in verband met roken, de zorg bij schadelijk alcohol gebruik, de zorg bij overgewicht, de zorg bij diabetes en de zorg bij depressie. In deze vervolgrapportages verduidelijkt het CVZ welke zorg voor welke risico's verzekerde zorg is (in termen van functionele aanspraken). Op basis hiervan kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de concreet te leveren zorg. De eerste rapportage (over de zorg bij stoppen met roken) verschijnt in het najaar van 2007.

Adviseren

Op basis van de standpunten in de vervolgrapportages zal het college in het kader van het jaarlijkse pakketadvies, adviseren over eventuele instroom en uitstroom van zorg uit de Zvw.

Voorlichting geven over vormen van preventie

Het CVZ continueert zijn bijdrage aan het publieke debat over preventie en geeft hierover voorlichting aan betrokken partijen. Het CVZ acht goede voorlichting over welke preventieve zorg onderdeel is van de Zvw en van de AWBZ van groot belang. Er moet algemeen bekend zijn welke mogelijkheden de wet voor preventie biedt.

Toetsen aan stand wetenschap en praktijk

Het CVZ toetst het brede scala van preventieve zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk. Beschikt het CVZ over onvoldoende informatie, dan raadpleegt het CVZ de Gezondheidsraad en werkt het samen met ZonMw.

Zorggebruik monitoren

Het CVZ vindt het belangrijk dat de Zvw en de AWBZ maximaal bijdragen aan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Daarom werkt het CVZ samen met de NZa aan het monitoren van het gebruik van preventieve zorg. De uitkomsten hiervan gebruikt het CVZ voor de uitvoering van zijn wettelijke taken.

Aanbevelingen

Het CVZ beveelt de minister van VWS aan, het opsporen en toeleiden naar de individuele zorg goed te regelen en hiervoor

verantwoordelijkheid te nemen. Het CVZ vindt het essentieel dat de minister van VWS aan de hand van de speerpunten uit de *preventienota* bepaalt voor welke doelgroepen het opsporen en toe leiden naar de zorg noodzakelijk is, wie dit verzorgt en uit welke middelen dit wordt gefinancierd. Tevens beveelt het CVZ de minister aan nader te onderzoeken hoe preventieve zorg is in te bedden in de systematiek van de risicoverevening.

Bijlage 1

Definities preventie

In de literatuur en het spraakgebruik worden veel verschillende indelingen gehanteerd om de preventieve activiteiten te beschrijven. De meest gebruikte indeling is het beschrijven van preventie in primaire preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie (L. Gunning Schepers- Maas, 1997). Primaire, secundaire preventie en zorg treden niet in een chronologische volgorde in iemands leven op.

A: Primaire preventie heeft als doel om ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaak. Hierbij is een gezonde populatie de doelgroep, het streven is om door beïnvloeding van exogene en/of endogene determinanten de incidentie van ziekten en aandoeningen te verlagen. Daarmee zal naar verwachting ook verlies aan kwaliteit van leven en sterfte tengevolge van die aandoening worden vermeden. Vereist zijn inzicht in de bijdrage van determinanten aan het ontstaan van een gezondheidsprobleem maar ook de beschikbaarheid van een effectieve interventie mogelijk maakt.

B: Secundaire preventie beoogt ziekte in een vroeg stadium op te sporen, daardoor eerder met behandelen te starten met als doel genezing te bewerkstelligen dan wel verergering van ziekten te voorkomen. De doelgroep omvat personen die ziek zijn (of die bepaalde genetische aanleg hebben), maar waarbij de ziekte nog niet is gediagnosticeerd of waarbij de genetische aanleg nog niet vastgesteld.

C: Zorg of tertiaire preventie zijn die activiteiten die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand en of de zelfredzaamheid van individuen (patiënten/cliënten) op te heffen, te reduceren en of te compenseren. Essentieel bij zorg en tertiaire preventie is dat het zich richt op individuen waarbij reeds een ziekte aanwezig is en individuen die zich met een zorgvraag tot de zorg gericht hebben.

Deze klassieke indeling in primaire secundaire en tertiaire preventie geeft problemen bij de afgrenzing van de verzekerde preventie binnen de ZVW. Het CVZ opteert in het kader van het rapport Van preventie verzekerd voor de volgende vierdeling:

Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen;

Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma;

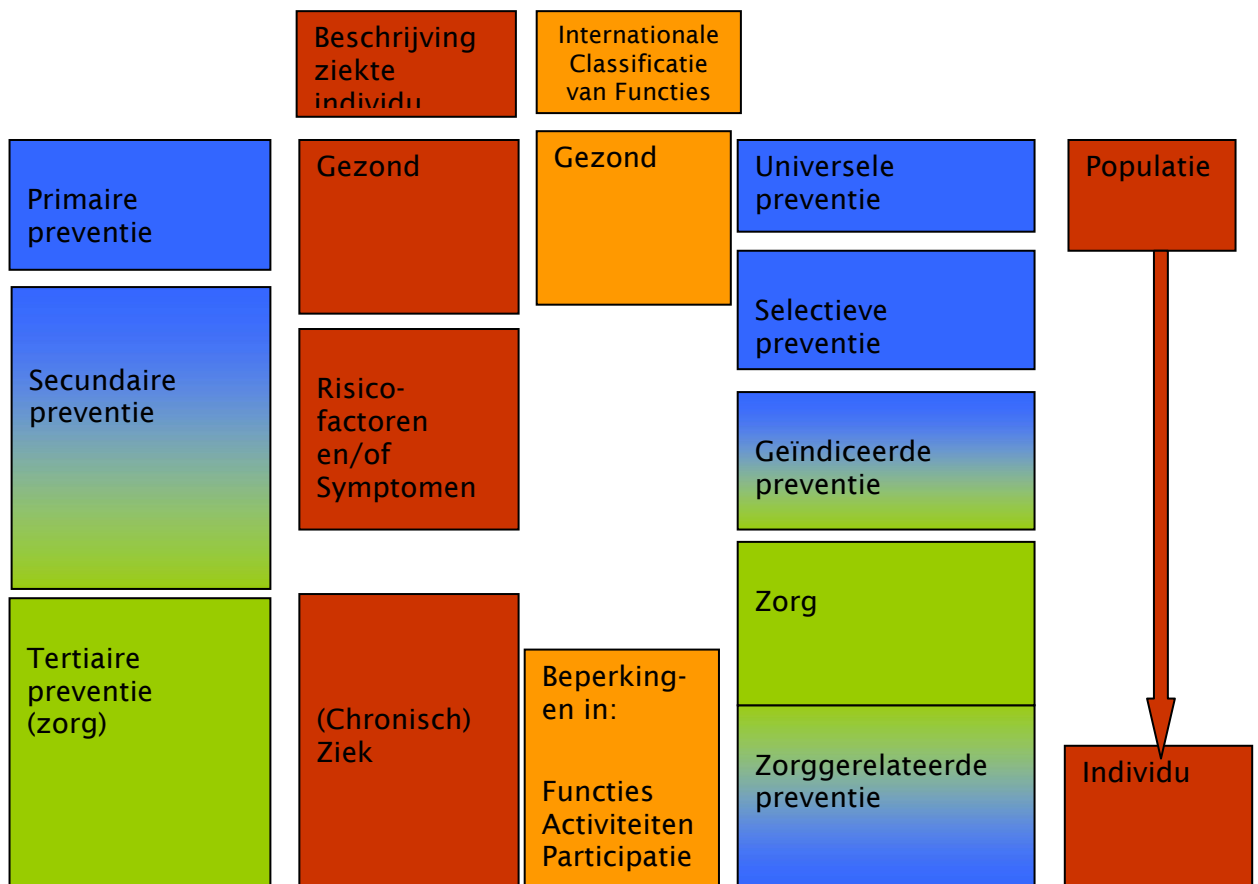
Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/ behandeling;

Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen.

Grofweg komen de twee eerste vormen van preventie (universele en selectieve) overeen met primaire preventie en een deel van de secundaire preventie. Geïndiceerde preventie heeft kenmerken van secundaire preventie maar is daarbij specifiek gericht op een individu. Zorggerelateerde preventie is een vorm is van tertiaire preventie.

De onderstaande figuur is een schematische weergave van de twee relevante indelingen van preventie in vergelijking met elkaar (horizontaal) en beschreven aan de hand van ziekte bij een individu en beperkingen in het kader van de Internationale Classificatie van Ziekte (ICF) (verticaal). In de laatste kolom wordt weergegeven dat universele en selectieve preventie gericht zijn op de populatie of subpopulaties. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn gericht op het individu.

Figuur indelingen van preventie



Bijlage 2

Voorbeeld preventieve interventie gericht op gedrags-/leefstijlverandering.

De prevalentie van overgewicht in Nederland neemt toe. En daardoor ook de kans op diabetes en hart- en vaatziekten. De wens is door middel van interventies gericht op gedrag en leefstijl, gezondheidsproblemen te voorkomen of te beperken. Bijvoorbeeld bij de diagnose diabetes mellitus type 2 (DM2) of een hartinfarct.

Om de vraag te beantwoorden wat verzekerde zorg is, of kan zijn, is het allereerst van belang om te bepalen of er sprake is van een verzekerd risico. Als er volgens de geldende medische inzichten sprake is van een hoog risico op ziekte ², bijvoorbeeld glucose intolerantie, een voorstadium van diabetes, dan is er naar de mening van het CVZ sprake van een indicatie voor een interventie. Dit is geïndiceerde preventie.

Vervolgens is de vraag aan de orde of de zorg die kan worden geboden onder de verzekerde prestaties krachtens de Zvw valt. Dat kan als uit een toetsing van de stand van de wetenschap en praktijk blijkt dat er sprake is van voldoende evidence. Evidence onder andere op het terrein van uitkomsten, kosten en langetermijneffecten van de interventie. Het gaat dan bijvoorbeeld over interventies gericht op een combinatie van de voeding en bewegen, aanpassing van de leefstijl gericht op blijvende gewichtsreductie. Hierdoor kan de noodzaak voor een medicamenteuze behandeling van DM2 worden uitgesteld of verminderd.

Als er voldoende evidence is voor deze gecombineerde interventies, dan kan deze in beginsel voor hoog risicogroepen onder de te verzekeren prestaties vallen. Hierbij zijn diverse te verzekeren prestaties in beeld: geneeskundige zorg, farmaceutische zorg en paramedische zorg (fysiotherapie, dieetadvisering). De eerste negen behandelingen fysiotherapie zijn echter uitgesloten van de Zvw. Voor dieetadvisering is er sprake van een jaarlijks maximum, 4 zittingen per jaar.

In veel gecombineerde interventies is groeps(fysio)therapeutisch bewegen gecombineerd met een intensieve gedragsmatige begeleiding en dieetadvisering aangewezen. Om dit tot de te verzekeren prestaties te kunnen rekenen, zal het Besluit zorgverzekering op dit punt moeten worden aangepast. Daarbij kan ook een maximering of een intensivering van het aantal behandelingen aan de orde komen.

Het opnemen van deze gecombineerde interventies kan voor zover ze kosteneffectief zijn, betekenen dat medicatie wordt voorkomen of uitgesteld. Deze substitutie-effecten zijn momenteel nog niet nauwkeurig te duiden, maar zijn in een deel van de gevallen zeker aan de orde.

Zorgverzekeraars hebben, vanuit de aanvullende verzekering, inmiddels eerste ervaringen opgedaan interventies die gericht zijn op leefstijlaanpassing. Therapietrouw, in de zin van levenslange aanpassing van de leefstijl is noodzakelijk. Gezocht moet worden naar mogelijkheden voor het bevorderen van de therapietrouw. Een eigen bijdrage of terugbetaling kunnen een rol spelen bij het bevorderen van therapietrouw.

Het ontwikkelen en evalueren van deze gecombineerde interventies is van groot belang, zeker vanuit een oogpunt van preventieve ketenzorg voor mensen met een

² Na toetsing aan de stand van de wetenschap en praktijk zal het CVZ in de vervolgrapportages aangeven welke indicaties als hoog risico aangemerkt worden en daarmee onder het verzekerde risico vallen.

indicatie. Het is namelijk van belang dat de huisarts na het stellen van een indicatie, de patiënt kan verwijzen naar een adequate interventie en daarmee het behandelingsarsenaal kan verbreden. Op deze wijze ontstaan er voor het behandelen van hoog risico's op ziekte, mogelijkheden voor een sluitende zorgketen.

Bijlage 3

Literatuurlijst

- Assendelft, W.J.J. Het preventieve aanbod in de eerste lijn. Diemen, CVZ, 2006
- Bos van den, G. Loopt preventie voor de chroniciteit uit? Diemen, CVZ, 2006
- Boutellier, H. en Vliet, van K. Verantwoordelijkheid in samenhang. Diemen, CVZ, 2006
- Brouwer, W. Gezond leven niet per se goedkoper. *Latere en laatste levensjaren vormen de grootste 'kostenpost'*. Medisch Contact, 26 mei 2006, 61 nr 21:
- Brouwer, W. en Polder, J.J. Gezonde mensen, dure patiënten in NRC 15 maart 2007
- Davidse, W. et al. Rapport Preventie in de verzekerde zorg, update. Leiden, TNO KVL, 2006
- Grinten, van der T. en Drewes, J. Zorgverzekeraar en preventie; nieuwe kansen of business as usual? Diemen, CVZ, 2006
- Hopman, A.M, Rapport AWBZ kompas, , Diemen, CVZ, juni 2007
- Jong, de O. et al. Rapport Preventie in de verzekerde zorg. Leiden, TNO KVL, 2005
- Klamer, A. Preventie is zorg voor gezondheid is gezondheidszorg. Diemen, CVZ, 2006
- Klazinga, N. Van zorgverzekering naar gezondheidsverzekering; preventie op recept; Diemen, CVZ, 2006
- Lems, S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Utrecht, NHG, Amsterdam, TNS NIPO, 2006
- Meijer, S.A. et al. Rapport Gezond Verstand. De Bilt, RIVM, Utrecht, Trimbos, 2006
- Monissen, D. en Boon, M. Zorgverzekeraars en preventie: de curatief-preventieve droompolis: Diemen, CVZ, 2006.
- Polder, J.J. De winst en verliesrekening van gezond gedrag *in* Economie is goed voor volksgezondheid en zorg, naar een economischer public health beleid. Uitgave Public Health Forum, verschenen als bijlage bij *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, nr. 5 2006
- Polder, J.J. et al. Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. De Bilt, RIVM, 2006
- Rapportage Nationaal Preventie Onderzoek Huisartsen 2006. Papendal, Capelle aan den IJssel, NOC/NSF, Pfizer, 2006
- Richtlijn *Cardiovasculair risicomanagement*. Utrecht, CBO en NHG, 2006
- Standaard *Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct*. Utrecht, NHG, 2005
- Trappenburg, M. De totale check up in het basispakket? Diemen, CVZ, 2006