

Bijlage 6 Visie op preventie en gezondheid; reactie van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de Motie Van der Veen c.s. (Tweede Kamer, 2006/07, 30800 XVI, nr.74)

1. Inleiding

Op 18 januari j.l. heeft de Tweede Kamer, bij de behandeling van de VWS-begroting 2007, een motie ingediend waarin de regering gevraagd wordt in overleg met het veld na te gaan of en hoe preventie in het basispakket (van de zorgverzekering) kan worden opgenomen. (Tweede Kamer, 2006/07, 30800 XVI, nr.74). Met deze bijlage bij de kaderbrief 2007-2011 over gezondheid en preventie voer ik deze motie uit.

Voor het daadwerkelijk integreren van meer preventie in de reguliere zorgverlening dient simultaan aan twee kanten te worden gewerkt: aan de zorgverzekeringskant en aan de zorgaanbodkant. Formeel regelen dat men ergens aanspraak op heeft is één, zorgen dat die aanspraak kan worden verzilverd is twee. Aan beide kanten blijkt dan ook nog een derde, financiële, kant te zitten. In deze bijlage ga ik op alle drie de kanten in. In mijn antwoord maak ik gebruik van het op 16 juli verschenen rapport "Van preventie verzekerd" waarin het CVZ de plaats van preventie in de zorgverzekering nader duidt. Ter afsluiting van deze paragraaf ga ik ook nog kort in op de overwegingen bij de motie dat de Zorgverzekeringswet onvoldoende prikkels bevat voor zorgverzekeraars om preventieve activiteiten te ontplooiën, onder meer vanwege de preventieparadox.

2. Preventie in het pakket

2.a De zorgverzekeringskant

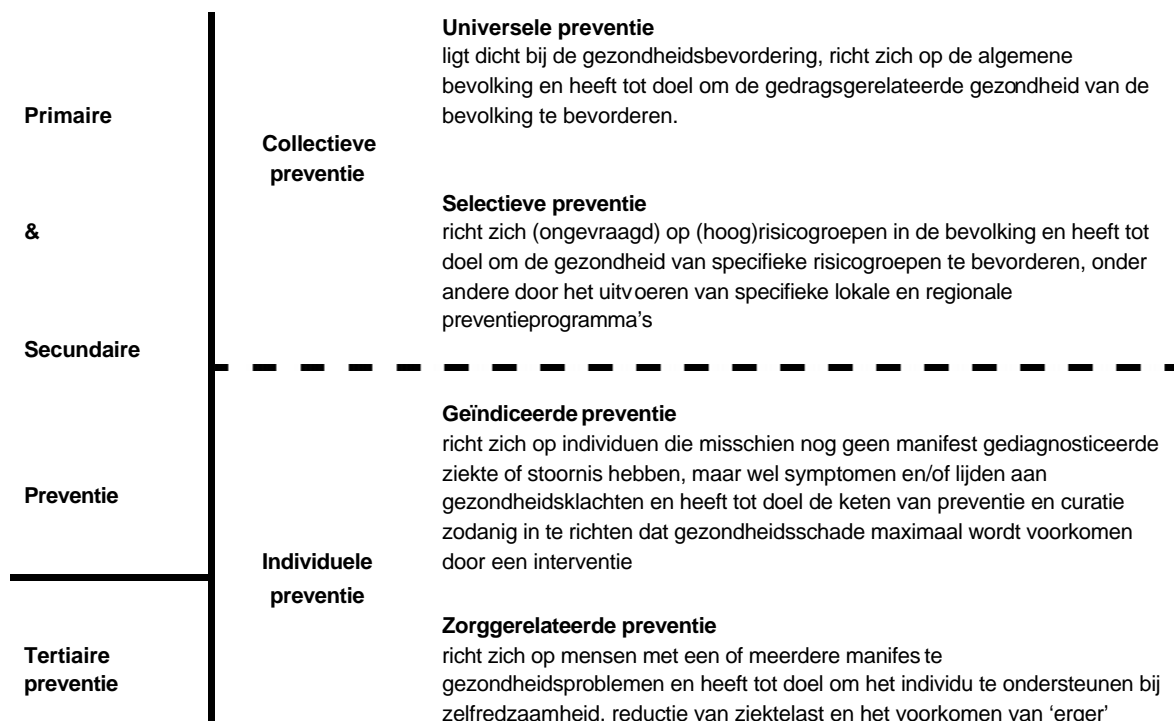
Voorbeelden van preventieve zorg die op dit moment door de zorgverzekering zijn gedekt zijn gebitscontroles door tandartsen, controle van zwangere vrouwen door verloskundigen of het voorschrijven en verstrekken van een cholesterol- of bloeddruk verlagend medicijn voor iemand met een verhoogd risico op hartfalen. Het gaat om een bescheiden deel van de totale zorgverlening. Voor een deel kan dit vermoedelijk worden verklaard vanuit het verzekeringsprincipe dat aan de financiering van onze gezondheidszorg te grondslag ligt. Kern daarvan is dat voor het vergoeden van kosten er sprake moet zijn van opgetreden schade. Het vergoeden van kosten voor het bewaren van een goede gezondheid past niet in dit denken. Een hoofdvraag die zich daarmee aandient is of de Zorgverzekeringswet zich ten principale wel leent voor een sterker accent op gezondheidsbevordering en preventie. In een bijeenkomst met verzekeraars die het RVZ organiseerde ter voorbereiding op zijn advies *Publieke gezondheid* (2007), waren de aanwezigen het eens over de stelling dat veranderingen in het stelsel niet primair zijn ingegeven door de wens preventie te bevorderen en dat daarom het opnemen van preventie in de basisverzekering (voorlopig) niet erg kansrijk zou zijn. Ruim een jaar geleden heeft mijn ministerie de discussie met verzekeraars gezocht over de vraag hoe zij een sterkere rol kunnen spelen bij gezondheidsbevordering en preventie. De rode draad in de opinies van verzekeraars is dat ze zich op het gebied van preventie in voldoende mate van elkaar willen kunnen blijven onderscheiden. In het geval de overheid zou besluiten om de ruimte hiervoor in te perken, bijvoorbeeld door opname van meer preventie in het wettelijk verzekerd pakket, vinden ze het van belang dat de overheid in dat geval een duidelijke keuze maakt voor een beperkt aantal speerpunten.

De twee manieren waarop verzekeraars zich op dit moment op het gebied van preventie van elkaar onderscheiden is via zelfgekozen preventieve dekkingen in de aanvullende verzekeringen en/of via nevenactiviteiten met preventieaccenten buiten de verzekering om. TNO (2006) heeft voor het CVZ in kaart gebracht welke vormen van preventie zoal in de aanvullende verzekeringen worden gedekt. Het gaat om uiteenlopende zaken als preventieve dieetadvisering, stoppen-met-roken-cursussen, kortingen op leefstijlactiviteiten en preventieve onderzoeken. In het aanvullende deel van collectieve werkgeverscontracten zijn preventieve aanspraken relatief sterk vertegenwoordigd. Nevenactiviteiten op het gebied van preventie komen in veel verschillende vormen voor: voorlichting over gezonde leefstijl via magazines en websites, restitutie bij aantoonbaar gebruik van gezonde voedingsproducten of deelname aan lokale leefstijlprogramma's in samenwerking met gemeenten en zorgaanbieders. Hoewel ik de meeste van deze aanvullende dekkingen en nevenactiviteiten positief waardeer, ben ik van mening dat de versnippering en diversiteit van activiteiten nog onvoldoende bijdragen aan de benodigde preventie en gezondheidsbevordering. Het eenzijdig benadrukken van het schadeverzekeringskarakter doet nog onvoldoende recht aan de maatschappelijke belangen die de Zorgverzekeringswet dient te dienen. Nu zorgverzekeraars voor alle Nederlanders op basis van uniforme spelregels het scharnier zijn geworden tussen de financiering en de verlening van de zorg, kan hen naar mijn mening een grotere verantwoordelijkheid dan voorheen worden toebedacht om preventieve zorg te stimuleren.

Over de plaats van preventie in de zorgverzekering heeft het CVZ deze zomer het rapport “*Van preventie verzekerd*” uitgebracht. De conclusie van het CVZ is dat de Zorgverzekeringswet ruimte biedt voor dekking van meer preventieve interventies dan op dit moment het geval is. De mogelijkheden zijn echter wel begrensd. Om duidelijk te maken waar de grenzen liggen introduceert het CVZ een aantal nieuwe preventiebegrissen. Voor een goed begrip van deze begrippen plaats ik ze tegenover de veel gebruikte indeling van primaire, secundaire en tertiaire preventie, gebaseerd op het stadium van ziekte:

- *Primaire preventie* is gericht op het voorkomen van nieuwe gevallen van een ziekte door het wegnemen of verminderen van de oorzaken van die ziekte. (Voorbeelden zijn vaccinatieprogramma's of campagnes en maatregelen voor het bevorderen van een gezonde leefstijl).
- *Secundaire preventie* is erop gericht om een ziekte of een verhoogd risico daarop in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken zodat behandeling kan worden voorkomen of een vroege behandeling mogelijk wordt met een betere prognose (Bijvoorbeeld een screeningprogramma voor baarmoederhalskanker of het voorschrijven van een bloeddrukverlagend geneesmiddel).
- *Tertiaire preventie* is het voorkomen of beperken van de gevolgen van een geconstateerde ziekte (Bijvoorbeeld de begeleiding van mensen met een chronische aandoening zoals diabetes of reuma).

Hiertegenover stelt het CVZ (zie ook onderstaand schema) allereerst het onderscheid tussen *collectieve preventie* en *individuele preventie*. Collectieve preventie is op populaties gericht. Is de hele bevolking het onderwerp dan is de collectieve preventie *universeel*, gaat het om een groep binnen de bevolking dan is er sprake van *selectieve (collectieve) preventie*. De boodschap van het CVZ is dat de collectieve preventie geen domein is tot waar de Zorgverzekeringswet zich uitstrekt. De Zorgverzekeringswet dient zich te beperken tot de individuele preventie. Het CVZ baseert dit op de bij de Zorgverzekeringswet gemaakte keuze dat elke burger jaarlijks een persoonlijk contract met een zorgverzekeraar afsluit. Kijkend naar onderstaand schema, dan ligt de grens tussen collectieve en individuele preventie ergens in het gebied van de primaire en secundaire preventie van de “oude indeling”. Het terrein van de collectieve preventie is het terrein dat wettelijk wordt afgedekt door de Wet collectieve preventie volksgezondheid (GGD'en, gemeenten).



Voor zover preventie individueel van aard is valt deze volgens het CVZ dus in aanleg onder de dekking van de Zvw. (Op de betekenis van de woorden “in aanleg” kom ik nog terug.) Binnen de op het individu gerichte preventie onderscheidt het CVZ *zorggerelateerde preventie* en *geïndiceerde preventie*. Zorggerelateerde preventie valt samen met tertiaire preventie uit de oude indeling. Het gaat

om het voorkomen van erger en het reduceren van ziektelast bij mensen die ziek zijn. Deze preventieve zorg is nu al gedekt door de Zorgverzekeringswet.

Dat ligt genuanceerder bij de *geïndiceerde preventie*. Van de geïndiceerde preventieve zorg zegt het CVZ dat deze “in aanleg” onder de dekking van de Zorgverzekering valt. De basis hiervoor is de bepaling in het Besluit zorgverzekering *dat de verzekerde slechts recht heeft op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen*. Bij een medisch vastgesteld hoog risico op een ziekte is dat volgens het CVZ evengoed het geval als bij de diagnose van de ziekte zelf. Voor een deel valt deze preventieve zorg nu onder de dekking van de Zorgverzekeringswet en voor een deel niet. Voor zover niet kan dat twee redenen hebben. De eerste reden kan zijn dat de bewuste zorg nog niet voldoet aan de bepaling uit het Besluit Zorgverzekering “*dat inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten*.” Om deze reden krijgt iemand met een verhoogde kans op hartfalen de verstrekking van een cholesterol verlagend geneesmiddel wel vergoed maar het volgen van een beweegprogramma niet. De tweede reden kan zijn dat de bewuste zorg expliciet is uitgezonderd van de verzekerde prestaties. Uiteindelijk is de opname van nieuwe zorgvormen in het pakket een politiek besluit. Een voorbeeld van zo'n besluit is het uitzonderen van de eerste 9 behandelingen fysiotherapie.

Het CVZ kondigt in zijn rapport aan om het terrein van de geïndiceerde preventieve zorg systematisch aan het criterium van “*de stand van de wetenschap en de praktijk*” te toetsen aan de zorg ten behoeve van de vijf speerpunten uit de Preventienota 2006: roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, diabetes en depressie. In zijn rapport concludeert het CVZ dat de Zvw voldoende ruimte biedt om binnen het domein van de *geïndiceerde preventie* nieuwe preventievormen tot het pakket toe te laten zonder dat een aparte functionele aanspraak op preventieve zorg aan artikel 10 van de Zorgverzekeringswet wordt toegevoegd. Zoals uit bijlage 2 bij het rapport blijkt zal wellicht wel een aanpassing nodig zijn van de aanspraakomschrijvingen in het Besluit Zorgverzekering.

2.b De zorgverleningskant

Voor een beoordeling van het CVZ-rapport, zoals hierboven samengevat, is ook een beoordeling nodig van wat het rapport betekent voor de zorgverleningspraktijk en voor het effect op de premie. In de praktijk speelt vooral de eerste lijnsgezondheidszorg een belangrijke rol bij het verlenen van preventieve zorg, met name de huisartsen. Deze verkeren als geen andere beroepsgroep in de positie dat zij minstens één keer per jaar een zeer groot deel van de bevolking zien. Zoals ook al eerder is opgemerkt verkeren zij bovendien in de positie om tijdens die contacten het belang van preventie en gezondheidsbevordering overtuigend op de personen in kwestie over te brengen.

Het hoort ook tot de taak van de huisarts alert te zijn op risico's die bepaalde patiënten lopen en de betrokkenen gerichte leefstijladviezen te geven. Uit onderzoek dat het CVZ door TNO heeft laten verrichten blijkt dat in nagenoeg alle richtlijnen van de beroepsbeoefenaren preventie als een onderdeel van de behandeling wordt gezien. Uit diverse onderzoeken blijkt echter ook dat daar in de praktijk onvoldoende aan wordt gedaan. Zo heeft TNO geconstateerd dat individuele beroepsbeoefenaren de richtlijnen niet altijd toepassen en dat zij preventie niet altijd als een kerntaak herkennen. Uit recente andere onderzoeken blijkt dat professionals in de eerstelijns zorg onvoldoende aan preventie doen vanwege een combinatie van gebrek aan tijd, aandacht en ondersteuning¹. Als een huisarts over meer “preventief gereedschap” beschikt zal dat hem of haar ook motiveren om meer aan preventie te doen. Bij wijze van voorbeeld: als de arts iemand met een ernstig overgewicht van een recept kan voorzien voor deelname aan een beweeg/leefstijl programma, zal zijn animo om zijn patiënt preventieve zorg te geven groter zijn, dan wanneer hij moet volstaan met louter een “preek”. Uiteraard zijn voor een sluitende inbedding van nieuwe preventieve zorg ook tarieven nodig op basis waarvan zorgverzekeraars zorgverleners kunnen betalen. 1 januari dit jaar is de NZa beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie van kracht geworden. Die beleidsregel wordt nu al gebruikt voor onder andere geïntegreerde diabeteszorg. Ook voor de toepassing van nieuwe preventieve interventies lijkt deze beleidsregel vooralsnog het aangewezen instrument.

2.c De financiële kant

¹ De huisarts-patiëntrelatie anno 2006 (NHG en TNS NIPO, 2006) en de Rapportage Nationaal Preventie Onderzoek Huisartsen 2006 (NOC/NSF en Pfizer, 2006)

Het CVZ-rapport verduidelijkt de grens tussen het bereik van de Wet collectieve preventie en volksgezondheid en de Zorgverzekeringswet (cq Awbz). Tegelijkertijd ontstaat het perspectief dat meer vormen van preventieve zorg dan nu onder de dekking van de Zorgverzekering vallen. Het CVZ-rapport neemt tevens enkele belangrijke aanbevelingen van het KNMG-advies ter harte zoals het accent op hoog risicogroepen en het kiezen van een beperkt aantal speerpunten. Dit laatste is ook een wens van verzekeraars.

Zoals eerder gezegd is het opnemen van nieuwe zorgvormen in laatste instantie ook een politiek besluit. Bij een besluit over nieuwe preventieve interventies is dan ook de vraag aan de orde of deze binnen de bestaande zorgverleningscapaciteit en de beschikbare financiële middelen kunnen worden ingepast. Ik denk dat het realistisch ervan uit te gaan dat nieuw preventieaanbod (zoals bijvoorbeeld gespecialiseerde leefstijlcursussen) dan wel extra capaciteit in de eerste lijnszorg om zo iets in eigen beheer te doen, geld kosten. Het CVZ kondigt in zijn rapport aan dat zij dit soort preventieve interventies op werkzaamheid te gaan beoordelen. De eerste vervolgrapportage komt dit najaar al. Ik vind het daarbij belangrijk dat ook wordt gezien of nieuwe zorgvormen niet (deels) in de plaats kunnen treden van bestaande aanspraken. Ik denk daarbij met name aan een omschakeling van het innemen van geneesmiddelen naar het volgen van gedragstherapie. Op deze manier ontstaat financiële ruimte om nieuwe preventie-interventies onder de dekking van de Zorgverzekering te laten vallen. Het is mijn ambitie om daarmee in 2009 eerste stappen te zetten.

3 Over de preventieparadox en financiële prikkels

3.a Meerjarige contracten en Health transfer fee oplossing voor preventieparadox?

In de overweging van de motie Van der Veen c.s. wordt de preventieparadox als de oorzaak gezien van onvoldoende prikkels die ten gunste van preventie werken. De redenering achter deze paradox is: verzekeraars hebben belang bij het voorkomen van schadelast maar door hun acceptatieplicht en de jaarlijkse overstapmogelijkheid voor verzekerden durven zij niet in preventie te investeren omdat de baten van die investering bij de concurrent terecht kunnen komen. Daargelaten dat de term preventieparadox oorspronkelijk is bedoeld om een andere situatie te beschrijven dan het dilemma van verzekeraars², en onderkennend dat hier een dilemma ligt, wil ik de kracht van deze preventieparadox relativeren. Ten eerste lijkt de geneigdheid tot overstappen — na de omstuimige 18% in het eerste jaar van de Zvw — naar het niveau van een procent of 5 terug te keren. Dat betekent dat 95% van de verzekerden niet overstapt. Dat is een massa die mij voldoende kritisch lijkt om investeringen in preventie te plegen. Bovendien zal een goed preventiebeleid ook klantenbindend kunnen werken. De door betrokkenen als prettig ervaren effecten van stoppen met roken, gezonder eten en meer bewegen manifesteren zich ruimschoots binnen een jaar. De invloed van preventie vertaalt zich dan niet direct terug in termen van minder schadelast, maar wel in de aantrekkelijkheid van het verzekerde pakket en dus van de verzekeraar.

Door verzekeraars is als remedie tegen de paradox de mogelijkheid van meerjarige zorgverzekeringspolissen naar voren gebracht. Ook in het coalitieakkoord³ staat die mogelijkheid genoemd. De Nationale Denktank presenteerde in december 2006 al het idee voor een systeem van “health transfer fees”. Mede op basis van de relativering van het probleem zie ik onvoldoende noodzaak om vanuit de overheid deze oplossingen in gang te zetten.

Het staat verzekeraars nu al vrij meerjarige preventie-getinte contracten met verzekerden aan te gaan buiten de Zorgverzekeringswet om. Om te voorkomen dat de verzekerde al te gemakkelijk van zijn wettelijk jaarlijks overstaprecht gebruik maakt, zou zo'n contract de clause kunnen bevatten dat betrokkene in dat geval de genoten preventieve zorg terug dient te betalen. Collectieve contracten worden op dit moment al voor meerdere jaren, meestal 3, afgesloten. Ik zie met belangstelling tegemoet hoe de markt zich op dit punt ontwikkelt. Uiteindelijk zal de consument zich (ook) vaak afvragen: wat is mijn voordeel? Meerjarige contracten met daarin preventiearrangementen zullen wellicht duurder zijn of, in het geval van collectieve contracten, minder korting opleveren, dan polissen zonder preventie arrangement. De meerwaarde zal moeten opwegen tegen het prijsverschil. De “health transfer fee” is een variant op het hierboven beschreven meerjaren preventiecontract buiten de zorgverzekering om. Het verschil is dat verzekeraars elkaar in dit systeem onderling compenseren voor de gemaakte preventiekosten wanneer een verzekerde overstapt. Daarbij voorzie

² Preventieve interventie die veel gezondheidswinst oplevert op populatieniveau levert weinig op voor het individu (omdat bij lang niet iedereen de ziekte zich uiteindelijk zal manifesteren), Geoffrey Rose, 1981

³ Coalitieakkoord ‘Samen werken, samen leven’, H6, paragraaf Volksgezondheid en Zorg, Aandacht voor preventie, p.40, feb. 2007

ik niet geringe uitvoeringstechnische vraagstukken (definiëren verrekeneenheden, administratieve verwerkingslast). Maar, ook hier geldt dat de verzekeringssector zelf zo'n systeem kan opzetten. Alles afwegend is het kabinet van mening dat voor zover er van de preventieparadox (voor verzekeraars) een remmende werking uitgaat op het verlenen van preventieve zorg, opneming van deze zorg in het wettelijk verzekerd pakket, hiertegen de beste remedie is.

3.b Financiële prikkels en de rol van het risicovereveningssysteem

Naast de preventieparadox is een ander veelgehoord geluid dat het vereveningssysteem verzekeraars onvoldoende beloont voor preventieve inspanningen. De parameters van het vereveningssysteem zouden daarom anders moeten worden gekozen, bijvoorbeeld zo dat verzekeraars voor mensen in achterstandswijken meer geld uit de verevening krijgen zodat ze meer aan preventie in deze wijken kunnen doen. Op dit moment bevat het huidige vereveningsmodel al kenmerken die voor een deel gerelateerd zijn aan de sociaal economische status, zoals de aard van het inkomen en de regiocomponent. Recent is onderzoek gedaan naar de mogelijke meerwaarde van een aparte indicator voor de sociaal economische status⁴. Het is de bedoeling met ingang van volgend jaar een aparte SES-indicator in het risicovereveningsmodel op te nemen. Het is goed te benadrukken dat dit is bedoeld om de verevenende werking van het model te verbeteren en niet de bedoeling heeft om verzekeraars langs die weg tot meer preventie voor bepaalde groepen aan te zetten. Het vereveningssysteem is voor dat laatste niet het goede aangrijpingspunt. Het risicovereveningssysteem dient twee doelen: het tegengaan van risicoselectie en het zorgen voor eerlijke concurrentie tussen verzekeraars. De risicoverevening is niet bedoeld als zelfstandig instrument om het karakter van de zorgverzekering om te buigen van een schadeverzekering naar een verzekering van gezondheid. Voor zover dit laatste gewenst is dient dit te verlopen via de aanpassing van de wettelijke verankerde dekking. De risicoverevening is dan volgend.

3.c Bekostiging ziekenhuizen, risicoverevening en preventie

Naast de keuze van parameters en indicatoren is de uitkomst van de risicoverevening ook afhankelijk van de vastgestelde mate van risicodragendheid van zorgverzekeraars voor bepaalde kosten. Mede als gevolg van de nog overwegende budgetfinanciering van de ziekenhuizen zijn verzekeraars op dit moment nog maar beperkt risicodragend voor de kosten van curatieve ziekenhuiszorg. Dat betekent dat de kostenafweging tussen preventie en curatie in het nadeel uitvalt van preventie omdat ze voor die kosten — die voornamelijk in de eerste lijn worden gemaakt — wel 100% risicodragend zijn. Daarnaast geldt dat mogelijke winst van lagere ziekenhuiskosten, ontstaan door preventieve inspanningen, moet worden gedeeld met de concurrent. In de brief van januari aan de Tweede Kamer is uiteengezet dat het beleid erop is gericht de risicodragendheid van verzekeraars voor de curatieve zorg te vergroten, in samenhang met de verdere liberalisering van de DBC's. Over dat laatste heb ik de Kamer deze zomer nog geïnformeerd⁵. De preventie zal van dit beleid meeprofiteren.

3.d Financiële prikkel via het eigen risico

Door enkele verzekeraars is de variant naar voren gebracht dat de verzekeraar kortingen op de nieuwe vorm van eigen betaling zou moeten kunnen geven aan die degenen die gebruik maken van voorkeuraanbieders die de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd. Daarmee krijgen verzekeraars een extra instrument in handen om hun verzekerden te sturen. Dat sturen kan ook betrekking hebben op het stimuleren van gezond gedrag, bijvoorbeeld door het volgen van preventieprogramma's. Met het bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel voor het verplichte eigen risico, kom ik aan die wens tegemoet. Daarin is opgenomen dat bij AmvB vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen dat deze buiten het verplichte eigen risico vallen en onder welke voorwaarden. Omdat het om een nieuw element in de Zorgverzekering gaat waarmee nog geen ervaring bestaat, is tijd nodig om het voor te bereiden. Daardoor kan deze mogelijkheid nog niet in 2008 tegelijk met de invoering van het verplicht eigen risico worden toegepast.

⁴ Noot APE rapport nr. 454 Meerwaarde van een SES indicator in het risicovereveningsmodel

⁵ Onder andere in "Waardering voor betere zorg" (TK 2006/2007, 29248, nr. 37)