

Hoe worden wij weer **gezond**



Zorgverzekeraars gooien reddingsboei niet uit



De kosten van de gezondheidszorg worden onbetaalbaar.

De oplossing ligt voor de hand: voorkomen dat mensen ziek worden. Preventie en effectieve zorg verlenen.

Dat zou ook in het belang van de zorgverzekeraars moeten zijn. Toch neemt de aandacht voor preventie in de jaarverslagen af, constateert het Impact Centre Erasmus.

Wie gooit de reddingsboei uit?

Wetenschap is soms een kwestie van simpel tellen. Biologen doen dat om de soortenrijkdom op een plek vast te stellen. Onderzoekers van het Impact Centre Erasmus door te onderzoeken hoe vaak woorden als 'preventie' in de jaarverslagen over 2020 en 2021 van vier grote zorgverzekeraars voorkomen. Die frequentie neemt af, zo blijkt uit dit onderzoek.

In 2020 stonden de woorden 'preventie/voorkomen' gemiddeld vaker in de jaarverslagen van Achmea, CZ, Menzis en VGZ dan in 2021. Aantallen schommelden tussen de 40 en 50 keer. Er was sprake van een daling van 12,3 procent. Een woord als 'welzijn' kwam zelfs 23,8 procent minder vaak voor in de rapportages, die toch een beeld moeten geven van de daadwerkelijke inspanningen van een organisatie over een jaar. Het heet niet voor niets een verantwoording over activiteiten te zijn. De organisatie brengt in een jaarverslag focus aan, zeker in de belangrijke delen van deze verantwoording.

Het woord 'gezondheid' populairder

Er was één woord dat wél populariteit geniet bij de ziektekostenverzekeraars: 'gezondheid'. Dit kwam vorig jaar gemiddeld 68,5 keer voor in alle jaarverslagen, een stijging van 13,7 procent. Maar van 'gezondheid' kan ook sprake zijn na een intensieve en kostbare medische behandeling. Het Impact Centre was juist geïnteresseerd in de vraag hoe mensen gezond kunnen blijven zonder eerst naar een arts of specialist toe te hoeven. Ook is het belangrijk dat er 'zinnige zorg' wordt verleend. Klachten die vanzelf kunnen overgaan hoeft je niet te behandelen. Een behandeling bij de fysiotherapeut kan een ziekenhuisopname voor een knieoperatie schelen. Galblaasoperaties zijn ook niet altijd nodig, om van de pijn van galstenen af te komen. Het zijn enkele voorbeelden uit de praktijk van het Udense streekziekenhuis Bernhoven, waar een beleid werd ingezet om de zorg te laten krimpen. Dit onder het motto van oud-minister van Volksgezondheid Els Borst: 'Een goed gesprek met een patiënt kan helender zijn dan een operatie of een zak pillen'.

Zinloze zorg voorkomen

Kan er op basis van deze telling geconstateerd worden dat de grote ziektekostenverzekeraars hun rol in 'preventiebeleid' voor gezien houden? Dat is ook weer niet zo. Vorig jaar herschreven verzekeraars hun missie. Daarin kwam het woord 'preventie' wel veel vaker voor, zelfs bijna bij allemaal, daar waar dat in 2020 nog niet zo was. Is hier mogelijk een relatie te leggen met de ambitie van Zorgverzekeraars Nederland? Deze vereniging heeft de ambitie voor 2025 als volgt verwoord: 'Houdbare zorg die de persoon centraal stelt, met compassie geleverd wordt op een effectieve manier in netwerken rondom de patiënt en die zinnig, zuinig en eerlijk omgaat met premiegeld om solidariteit te behouden'.

Het Impact Centre Erasmus concludeert dan ook: 'Bij het vergelijken van de twee jaargangen valt op dat de doelen van 2021 vaker iets te maken hebben met de woorden/termen waar wij naar gezocht hebben: preventie/voorkomen, gezondheid, welzijn, domein overschrijdend/overstijgend werken/over domeinen heen en toegankelijkheid/ beschikbaarheid. Dit wijst op preventie en voorkomen van zinloze zorg. Alléén VGZ noemt in 2020 duidelijk de doelen over meerdere jaren in de strategie'.

Wie had in 2021 de meeste aandacht voor 'preventie'?

Zorgverzekeraar VGZ heeft in de jaarverslagen de meeste aandacht voor preventief gezondheidsbeleid, zo blijkt uit onderzoek van het Impact Centrum Erasmus

- 1 VGZ
- 2 CZ
- 3 Menzis
- 4 Achmea



Geen geld gereserveerd

Jaarverslagen gaan van oudsher over geld, want het is van oorsprong een financiële verantwoording. Ook in de harde cijfers zocht het Impact Centre Erasmus of er een berekening van kosten aan een woord als 'preventie' was gehangen. Dat bleken alleen CZ en VGZ te hebben gedaan, in 2020. 'In 2021 wordt preventie door geen van de vier zorgverzekeraars gekenmerkt als geld. Je mag hieruit constateren dat er in de begroting geen apart budget is voor preventiebeleid'.

Nederland kent sinds 2019 een Nationaal Preventieakkoord. In deze meer dan 200 afspraken tussen meer dan 70 organisaties staan ook de maatregelen die de Rijksoverheid neemt. De aandacht gaat vooral uit naar roken (20 duizend doden per jaar), overgewicht (hart- en vaatziekten en diabetes: kosten 500 miljoen euro per jaar) en problematisch alcoholgebruik. Onder de handtekeningen van organisaties uit de zorg, het bedrijfsleven, sportclubs en het onderwijs staan ook die van zorgverzekeraars en hun koepelorganisaties.

Interessant dus om op te zoeken wat de zorgverzekeraars in hun jaarverslagen te melden hebben over hun bijdrage aan dit Nationaal Preventieakkoord. Niets dus. Impact Centre Erasmus stelt: 'Dit is in 2020 bij geen van de vier zorgverzekeraars naar voren gekomen. In 2021 is Menzis de enige die wel een relatie legt. Zij benoemen dat zij samen met CZ en Zilveren Kruis (de grote zorgverzekeraar van Achmea) een oproep gedaan hebben aan de politiek met twee kernpunten: zorg voor een betere samenwerking in de regio en maak meer werk van preventie. Ze zeggen de opstellers van het nieuwe regeerakkoord concrete punten aangereikt te hebben om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden en de volksgezondheid te verbeteren. Daarna vertellen ze dat ze blij zijn te zien dat er meer aandacht komt voor preventie en gezonde leefstijl in het coalitieakkoord. Feitelijk zijn de voorgenomen maatregelen van de regering nu al achterhaald. Neem de suikertaks, waar volgens onderzoek van de VU Amsterdam ruim de helft van de Nederlanders voorstander van is. De kabinetsmaatregel komt er niet omdat de staatssecretaris afspraken heeft gemaakt met de voedingsindustrie in het Nationaal Preventieakkoord'.

Al heel lang is bekend dat gezondheid alles te maken heeft met sociaaleconomische status (SES). Generatie op generatie van

mensen aan de onderkant van de samenleving eet ongezond, drinkt te veel en beweegt te weinig. De huisvesting is door een laag inkomen ook vaak slechter, vochtiger, minder goed geïsoleerd. Dat heeft deels met inkomen te maken, en ook deels met culturele achtergrond en omgeving. Het is een van de grootste opgaves voor beleidsmakers in de preventiezorg om deze cyclus te doorbreken. De noodzaak is er: door werkloosheid, onvoldoende financiële armslag door slecht betaald werk en problematische schulden is er weinig tijd en geld voor zaken als gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging. De Rijksoverheid (RIVM) verzamelde cijfers en feiten over de relatie tussen armoede en gezondheid. Het RIVM constateert op de website [Loket Gezond Leven](#) onder het kopje 'gedragsfactoren': 'Mensen die in armoede leven, hebben vaak een minder gezonde levensstijl en zijn daardoor ongezonder. Mensen met een laag inkomen roken meer, hebben vaker overgewicht, voldoen minder vaak aan de beweegrichtlijn en zijn zwaardere drinkers ten opzichte van mensen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens'.

Keer Diabetes 2 Om

Als het dan zo overduidelijk is, zien de zorgverzekeraars hier dan ook een taak in, wilde het Impact Centre Erasmus weten. Alleen VGZ noemt in 2021 SES 'letterlijk als criterium voor het risicovereveningssysteem'. 'VGZ gaat dieper in op wat de gevolgen zijn voor mensen met een lage sociaaleconomische status. VGZ heeft zelfs een team opgesteld wat hiermee aan de slag gaat. Dit jaar (2022) moet een advies volgen. Wat verder opvalt is dat in 2020 elke andere zorgverzekeraar iets gezegd heeft over de kwetsbare groepen in de samenleving. CZ benoemt in het voorwoord van de Raad van Bestuur duidelijk dat er ongelijkheid is in de maatschappij en zij niks hebben aan zorg maar meer aan preventie'. De aandacht voor kwetsbare groepen komt bij alle zorgverzekeraars in 2021 weer terug, alleen bij Menzis niet.

Daar staat tegenover dat Menzis dit gat in hun jaarverslagen aanvult op de website, onder het kopje 'preventie'. Hier is wel over initiatieven te lezen, zoals 'gecombineerde leefstijl-interventie, Keer Diabetes 2 Om, training stoppen met roken'. Overigens biedt ook VGZ het op internet te volgen programma 'Keer Diabetes 2 Om' op de eigen website aan. ➤

Met hoeveel miljarden euro's stijgen de zorgkosten elk jaar?

In 2020 is 116 miljard euro uitgegeven aan zorg en welzijn, inclusief kinderopvang. Dat is 8,9 miljard euro (8,3 procent) meer dan in 2019. Van dit bedrag is naar schatting 2,3 miljard euro gerelateerd aan extra kosten door de coronacrisis: teststraten, mondkapjes, extra opvang dak- en thuislozen. De zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product stegen van 13,2 procent (2019) naar 14,5 procent (2020). Dat is omgerekend 475 euro per persoon. Die 'topscore' van meer dan 14 procent is overigens niet eens zoveel hoger dan de stijging in eerdere jaren. Er komt al sinds 2009 elk jaar weer tussen de 13 en 14 procent aan extra uitgaven voor zorg en welzijn bij. De grootste post is die van verpleging, verzorging en thuiszorg, gevolgd door medisch specialistische zorg. Op de derde plaats komen de ondersteunende diensten en preventieve zorg: 1.552 miljoen euro in 2020.

2009	+13,2	2013	+13,8	2017	+13,1
2010	+13,4	2014	+13,7	2018	+13,1
2011	+13,6	2015	+13,4	2019	+13,2
2012	+13,9	2016	+13,4	2020	+14,5



Opgeteld over 12 jaar: **+175,4 procent** (bron: CBS)



► Wie heeft de financiële macht?

Al met al leidt dit onderzoek van het Impact Centre Erasmus tot onthutsende vragen: hoe kan het dat wanneer het zo overduidelijk is dat 'preventie' en aandacht voor 'sociaaleconomische status' de zorgkosten kunnen beperken, dit door de zorgverzekeraars niet of nauwelijks wordt opgepakt? Niet in woorden, niet in geld en dus ook niet in activiteiten? Vinden zorgverzekeraars soms dat 'preventie' een taak van andere organisaties is? Maar als dat zo is, welke partij in de zorgketen gaat er dan voor zorgen dat er een einde komt aan de jaarlijkse stijging met 13 procent van de zorgkosten? Huisartsen, GGD' en of samenwerkende partijen in regio's hebben niet dezelfde financiële macht als zorgverzekeraars om veranderingen in het systeem aan te brengen. Alleen zorgverzekeraars hebben momenteel met hun systeem van vergoedingen de mogelijkheid om focus af te dwingen. De 'grote vier in de zorg' domineren de markt.

Het Impact Centre Erasmus stelt dan ook voor om een nieuwe formule voor het declareren van zorgkosten te gaan ontwikkelen. Hierbij komt er een uitbreiding van de huidige formule van eenheidsprijs (minuten, handelingen) vermenigvuldigt met het aantal eenheden. Wat aan deze formule ontbreekt is een criterium van bewezen positief effect op maatschappij en individu. Door dit impactdenken aan de formule toe te voegen, kunnen wél zinvolle kwaliteitskeuzes gemaakt worden, die leiden tot een betere gezondheid van mensen en organisaties.

Disclaimer Impact Centrum Erasmus: gezondheid, zorg en behandeling is een complex werkveld dat onmogelijk in een artikel van een paar pagina's gevat kan worden. Er is slechts een gedachtenlijn geschetst waarmee een debat gevoerd kan worden. Nader onderzoek en verdere uitwerking naar impactdoelstellingen in de zorg blijft nodig.

Is regionale preventie een uitkomst?

De afgelopen 150 jaar hebben preventieve maatregelen aanzienlijk bijgedragen aan de volksgezondheid. Het toedienen van vaccins tegen corona is een heel recent voorbeeld, maar veel ouder zijn vaccinaties tegen kinderziekten, antirook-maatregelen en overheidsregels om de werkplek veiliger te maken. De uitvoering van het grootste deel van de preventieve zorg in Nederland wordt gedaan op het domein van de publieke gezondheidszorg. De verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheidszorg ligt onder andere bij de 25 GGD'en in Nederland.

Preventie kent heel wat nieuwe namen, zoals 'optimale volksgezondheid'. Beleidsmakers zoeken nu ook naar een 'breed gezondheidsconcept'. In drie regio's gingen partijen als zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten en GGD-en aan de slag met dit concept. Het RIVM rapporteerde over de resultaten in de provincie Flevoland, de gemeente Texel en de Utrechtse wijken Leidsche Rijn-Vleuten de Meern. Conclusie: de aanpak heeft kans van slagen wanneer er draagvlak is bij alle betrokken organisaties, een duidelijke focus is in aanpak, wanneer de professionals van verschillende organisaties elkaar kennen en wanneer vanuit de behoeften en mogelijkheden van de bewoners wordt gewerkt.

Deden er aan deze pilots ook zorgverzekeraars mee? Dat zou je mogen verwachten, na ondertekening van het Nationaal Preventieakkoord van 2019. Het was ook de bedoeling, zeker om te zien hoe de financiering in het plan ingepast kan worden. Om het 'breed gezondheidsconcept' duurzaam te maken wordt zelfs over een 'preventiepolis' gedacht. Maar dat idee kwam niet van de grond. Het RIVM schreef over een van de pilots: 'Texel is op verschillende niveaus bezig geweest om de zorgverzekeraar te betrekken als financier (o.a. via Texel Polis), maar dat heeft nog niet het gewenste resultaat gehad.' Uiteindelijk besloten de gemeente, Texelse fondsen en ondernemers een financiële bijdrage te leveren'.



Hoeveel mensen zijn te zwaar?

Meer dan de helft van de volwassenen in Nederland is te zwaar. Obesitas is een van de hoogste kostenposten binnen de gezondheidszorg. Nederland besteedt jaarlijks ongeveer 500 miljoen euro aan de gevolgen van ernstig overgewicht.

Meer mannen dan vrouwen hebben last van ernstig overgewicht: obesitas. Laagopgeleiden vormen de belangrijkste risicogroep. Overgewicht en obesitas komen bij deze groep vaker voor dan bij hoogopgeleiden. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen. Het percentage van mensen met een ernstig overgewicht is sinds 1995 verdubbeld. Overgewicht en obesitas kunnen leiden tot chronische aandoeningen als: diabetes type 2, hart- en vaatziekten, kanker, rugpijn, gewrichtsklachten en psychische klachten als eenzaamheid, verdriet, stress en een lage zelfwaardering. De indirecte kosten van



Mannen: 52,8 procent te zwaar
Vrouwen: 47,3 procent te zwaar

obesitas zijn ongeveer 2 miljard euro per jaar. Overgewicht aanpakken draagt bij aan: fysieke gezondheid, emotioneel welzijn, vermindering in arbeidsongeschiktheid, lagere maatschappelijke kosten en minder druk op de gezondheidszorg. (bronnen: RIVM en CBS)

Waarom hebben zorgverzekeraars zo weinig haast?



Zorgverzekeraars zijn schadeverzekeraars. Ze zijn niet in het leven geroepen om schade te voorkomen. Daarom is volgens gezondheidsspecialist Miriam de Kleijn een ander systeem van financiering in de zorg nodig om tot goede preventie te komen.

Het lijkt zo logisch. Wanneer de kosten voor medische behandelingen omlaaggaan, zullen ook de kosten voor zorgverzekeringen dalen. Je zou dus denken dat zorgverzekeraars er alle baat bij hebben om hard in te zetten op preventie. Maar zo werkt het helaas niet, legt Miriam de Kleijn (1968) uit. Zij is oud-huisarts, epidemioloog en adviseur bij Alles is Gezondheid Institute for Positive Health IPH, een organisatie die een brede kijk op gezondheid stimuleert.

De Kleijn stelt: “Zorgverzekeraars zijn schadeverzekeraars. En als een verzekeraar de focus legt op schade, dan krijg je ook schade. Zorgverzekeraars komen pas in actie als er zorg nodig is. Ze hebben een zorgplicht. Maar het streven naar meer gezondheid staat niet in hun opdracht. Die missie moet dus eerst veranderen.”

Klanten stappen naar een andere zorgverzekeraar

De Kleijn weet ook waarom er geen hoge druk is om snel tot zo’n ‘veel vergende’ transitie te komen. “Ze proberen het wel, zoals met stoppen met roken’, of programma’s als ‘Keer Diabetes 2 Om’. Maar zorgverzekeraars worden voor die inspanningen niet beloond. Klanten stappen over naar een andere verzekering. Dan profiteert een andere organisatie van jouw investeringen. Je plukt er zelf de vruchten niet van. Er zitten verkeerde prikkels in het huidige systeem.”

Wat ook niet helpt is het ‘vereveningssysteem’ dat zorgverzekeraars hanteren. “Dat heeft te maken met de kosten op basis van hun populatie. Zitten er bij een bepaalde zorgverzekeraar veel klanten die meer zorg consumeren dan anderen, bijvoorbeeld uit kwetsbare groepen, en bij een andere zorgverzekeraar veel minder, dan wordt dat aan de achterkant verevend. Mijn idee is dat er daarom niet zoveel prikkels zijn om de zorgkosten terug te dringen. Nederland heeft geen financieringsstructuur waarin preventie een stevig fundament vormt.”

Van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag

Maar als de druk om het financieringssysteem te veranderen niet van de zorgverzekeraars komt, van wie dan wel? De Kleijn wil niet beginnen met de vraag hoe de kosten omlaag kunnen, maar met de vraag hoe mensen zich gezonder kunnen gaan voelen. Ergens is dat ook wel logisch. Op Nieuwjaardag wensen mensen elkaar niet toe dat ze in het nieuwe jaar veel kosten zullen besparen. Je wenst elkaar een goede gezondheid toe. Dat is veel belangrijker. “Er is een transitie gaande waarbij we van ‘ziekte en zorg’ naar ‘gezondheid en gedrag’ gaan. Daarin pakken de verzekeraars ook wel een rol. Je ziet in het onderzoek van het Impact Centre Erasmus dat het woord ‘gezondheid’ in de jaarverslagen steeds vaker opduikt. Een bredere kijk op gezondheid is door Machteld Huber en collega’s uitgewerkt in het begrip ‘Positieve Gezondheid’. Deze benadering heeft als doel om bij te dragen aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. En om zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Positieve gezondheid biedt een andere taal die mensen aanspreekt. Vier grote verzekeraars zijn als founding partners betrokken geweest bij het Institute for Positive Health.”

De Kleijn noemt als voorbeeld de huisarts Hans Peter Jung in Noord-Limburg die in zijn praktijk een afname aan verwijzingen naar het ziekenhuis van maar liefst 25 procent zag. “Hij zoomt helemaal uit, als iemand met klachten als hoofd- of buikpijn op het spreekuur komt. Hij vraagt dan: hoe gaat het

Epidemioloog
Miriam de Kleijn:
“Bij preventie ontbreekt
beloning voor
zorgverzekeraars.”



met u? Wat is belangrijk voor u? Wat hebt u nodig? Hij gaat van een klacht naar het hele grote plaatje en legt de regie terug bij de patiënt. Om vervolgens daar iemand wel bij te helpen, als dat nodig is. Hij verwijst bijvoorbeeld door naar een buurthuis of naar sociaal maatschappelijk werk. Gaat na of klachten mogelijk kunnen ontstaan omdat mensen ongerust zijn. Zijn er zorgen over armoede? Is er stress door eenzaamheid? Je weet ook dat mensen die werkloos zijn vaker naar een huisarts gaan. Medische hulp is dan niet altijd het juiste antwoord. Jung sluit natuurlijk eerst uit dat er een medisch onderliggend lijden is.”

Alle financiële middelen bij elkaar

Vaak stapelen zulke klachten zich in bepaalde wijken op. De Kleijn is daarom ook te spreken over het ‘kavelmodel’. In een bepaald gebied werken dan alle partijen samen: artsen, GGD ‘en, overheden, zorgverzekeraars en bedrijven. “Je kunt dan tot een populatiebepoortiging komen. Dit type experimenten zijn recent gestart. Je zult gezamenlijk moeten investeren in meer gezondheid en dan ook gezamenlijk kunnen oogsten als de zorgkosten af gaan nemen.”

De Kleijn ziet ook mogelijkheden voor nieuwe investeringsvormen. Bij een vernieuwende aanpak in de wijk Malburgen in Arnhem werden positieve resultaten bereikt met ‘Health Impact Bonds’. Partijen als de gemeente, zorgverzekeraar Menzis en de Rabobank investeerden in een vooraf bepaald gezondheidsdoel. In dit geval ging het om kinderen met een ernstige vorm van overgewicht. Ook weer een preventie-aanpak dus, om later hoge kosten in de zorg te voorkomen. De Kleijn: “Ik ben erg gecharmeerd van deze Impact Bonds waar de investeerders bij succes hun inleg terug kunnen krijgen met daar bovenop rendement.”

Systematische veranderingen vragen om metingen. Een goede impactmeting zal niet naar afname van het aantal zieken kijken, maar naar de mate waarin de populatie zich gezond voelt. Dat kan heel goed op wijk- of dorpsniveau gedaan wor-

den. “Dan is de vraag: wat heeft impact op wat mensen als gezondheid ervaren? En daarna pas: wat heeft impact op de kosten die gemaakt worden in de zorg? En daarin kunnen zorgverzekeraars een taak hebben. Zij hebben budgetten, zij kunnen investeren in aanpakken die meer gezondheid opleveren zoals leefstijlprogramma’s. Dat betaalt zich allereerst terug in meer gezonde mensen. Die financiële benefits komen daarna.”

Website
+ [Institute for Positive Health](#)





CEO Marjo Vissers van VGZ: "Als elke vraag bij de dokter een medische ingreep wordt, dan hebben we ergens een denkfout gemaakt."

De polsstok van een zorgverzekeraar

- › Wat kan een zorgverzekeraar doen om Nederland gezond te maken? VGZ komt uit het onderzoek van het Impact Centre Erasmus naar voren als de verzekeraar die in de jaarverslagen het vaakst 'preventie' noemt. CEO Marjo Vissers van VGZ wil de polsstok dan ook wat hoger vastgrijpen dan gebruikelijk is in de zorg. Maar om de overkant van de sloot te halen is toch ook echt een kordaat optredende overheid nodig.

IMPACT CEO MARJO VISSERS VAN VGZ

Ze is aangenaam praktisch, een superdoener, omhooggeklommen uit de ranken van zorgverzekeraar VGZ zelf. Marjo Vissers (1968) verzamelde maar liefst 200 manieren om de zorg 'zinniger' te maken. Bescheiden noemt de CEO (ad interim) het geen 'Best Practices' maar 'het ontdekken van Good Practices'. Het kan immers altijd nog beter. En die ontdekkingstocht begint met het stellen van goede vragen: "Hoe komt dat nou, dat mensen in de zorg terecht komen? Waarom leiden zoveel vragen van mensen die bij een dokter aankloppen tot medisch ingrijpen?"

Vissers heeft vele verhalen die illustreren hoe lang de polsstok van een zorgverzekeraar kan zijn. "Hoe ver wij mogen gaan is best stevig gedefinieerd. Als je het hebt over zorg gerelateerde preventie, of geïndiceerde preventie, dan praat je over mensen die al een gezondheidsrisico lopen. Ze zijn chronisch ziek, ze lopen risico's op verdere klachten. Dat zijn preventiegebieden waar een zorgverzekeraar zich op kan begeven. We doen dat ook. Je ziet dat bijvoorbeeld in de 'Fit4Surgery Good Practice'. Op een moment dat jij een operatie ingaat, helpt het echt om daar zo fit mogelijk in te gaan. Het gaat dan echt om trainen. Heel goed eten, onder begeleiding van een diëtist. Dat leidt in 50 procent van de gevallen tot minder complicaties bij mensen met darmkanker.

Een heel andere 'Good Practice' is 'Werk als Beste Zorg'. We hebben een traject gedaan met mensen in Dordrecht met een psychische problematiek. We deden dit vanuit de hypothese dat mensen zonder werk in een vicieuze cirkel terecht komen, waardoor je altijd maar blijft doorbehandelen. Wat nou als je dat zou kunnen omkeren? Wanneer je door werk structuur in hun leven zou kunnen aanbrengen, zodat ze er weer bij horen? Samen met de dokters en verpleegkundigen, die deze mensen kennen, de GGZ-instellingen, de gemeente en een jobcoach zijn we op zoek naar banen gegaan. Die interventie heeft ervoor gezorgd dat 45 procent van de behandelkosten, en dus daarmee van de behandeluren, zijn weggefallen. Bijna 100 procent van die mensen raakt uit de uitkering want: is aan het werk. Maar ook zagen we een stevige vermindering van de WMO-kosten, die op de gemeente drukken in het kader van welzijn."

Preventie blijft voor een zorgverzekeraar dus heel dicht bij de behandeling. "Dat je een jobcoach betaalt om iemand aan het werk te krijgen, daar is de zorgverzekeraar eigenlijk niet voor. Dat valt niet onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Maar op het moment dat je weet dat die interventie impact heeft, dan is het relevant. Dan verleng je die polsstok een beetje. Want we weten dat we daarmee behandelkosten kunnen reduceren. Met de lange wachtlijsten van nu is het meegenomen dat een klacht minder medicaliseert. We hebben filmpjes opgenomen van die mensen, die zeiden: 'Ik heb weer een echt weekend. Want door de week ben ik aan het werk'. Dus het heeft een waanzinnige impact op die mensen."

Maar heel veel van de gezondheidsklachten ontstaan al veel eerder, door slecht eten, roken en te weinig beweging. De medische klachten volgen pas later. Dan moet de polsstok alweer veel langer zijn, om die latere problemen te voorkomen. Klimt u ook in het topje van die veel langere polsstok? "Dan heb je het echt over universele preventie. Daar heeft de wetgever een belangrijke rol in, de gemeente, de GGD. Dat is een overheidstaak. Ik blijf bij de overheid wel op het belang van deze taak hameren. De doelgroep die je dan wil bereiken zijn niet de mensen die al weten dat het gezond is om te sporten."

Dat weten we al tien jaar. Kennis over gezonde voeding wordt alleen opgepakt door mensen die al een gezonde levensstijl hebben. Werkgevers weten dat ook al jaren.

"Dat klopt. Je kunt daarin blijven steken. Wij willen graag achterhalen hoe je de mensen bereikt die je normaal niet bereikt: de lage SES-groep (sociaaleconomische status). We hebben in Rotterdam samen met de gemeente een minimaalcontract lopen. We zijn ook een dialoogtafel gestart. Aan tafel zitten dokters, huisartsen, andere mensen die met deze groep te maken hebben. Daar ben ik bij gaan zitten, om te leren. Ik vind dat belangrijk, een gelijke kans op gezondheid creëren. Instanties, maar ook wij denken dan: we moeten iets doen op onze website. Of iets doen met appjes. Aan die tafel leerden we: nee, je mag er niet van uitgaan dat deze mensen op internet naar gezondheid gaan zoeken. Of dat ze een telefoon hebben. Deze mensen hebben hele andere dingen aan hun hoofd, dingen waar ze een dagtaak aan hebben. Ze hebben twee banen en zijn

Wat is een Health Impact Bond?

Bij een Health Impact Bond of een andere vorm van resultaatcontract zijn er meerdere, vaak publieke en private partners, die een afspraak maken over een investering, een aanpak en bij behaald resultaat de opbrengst van de baten verdelen. Bij domein

overschrijdend werken kan een vorm van resultaatcontracting goed werken. In het huidige systeem in de zorg liggen de kosten vaak bij een andere partij dan bij de organisatie waar de opbrengsten terecht komen. Om deze perverse prikkel weg te halen en

toch écht samen voor een impactdoelstelling te gaan staan is een resultaatcontract met afspraken over baten- en lastenverdeling mogelijk een uitkomst.

Waarom staat er snoepgoed bij de kassa?

Lees de missies van de grote supermarktketens en het gezondheidsprobleem in Nederland is zo opgelost. Jammer genoeg zit er een gapend gat tussen woorden en daden.

Fijn dat groenten en fruit nu bij de ingang van de winkel te vinden zijn. Maar waarom staat er snoepgoed en chocolade boven de lopende band voor de kassière? Een plek waar je meestal even moet wachten? Waarom staan in de winkel bontgekleurde en gezoete flacons op ooghoogte van kinderen? Waarom valt 81 procent van de producten in reclamefolders van de supermarkten buiten de Schijf-van-Vijf? De zoete waren zijn ze ook nog vaak goedkoper.

Leefomgeving is veel belangrijker voor een blijvend gezonde leefstijl van mensen dan individueel gedrag. We zijn omgeven door verleidingen die niet goed voor onze gezondheid zijn.

Supermarkten beschikken over een schat aan data over het koopgedrag van hun klanten. Wat zijn de meest aantrekkelijke kleuren? Wat is de gunstigste routing door de winkel? Wat is de meest succesvolle plaatsing van producten op de schappen? Al deze kennis zou ook ingezet kunnen worden ter bevordering van de volksgezondheid.

Als marktleider zou Albert Heijn alle mooie woorden ook in praktische acties kunnen omzetten. Uit het missieverlag 2021: "Bij Albert Heijn geloven we dat eten en drinken een essentiële rol speelt in het oplossen van grote uitdagingen in de maatschappij. Het levert een belangrijke bijdrage aan een gezonde levensstijl, het verbindt mensen met elkaar. Daarom hebben we bij Albert Heijn een missie: samen beter eten bereikbaar maken. Voor iedereen."

Jumbo doet niet onder voor Albert Heijn, als het om goede voornemens gaat. Op de website staat in de missie en visie onder andere: "De klant van vandaag wil lekker eten, vindt gezondheid belangrijk, wil makkelijk en bewust kiezen en niet te veel betalen. Daarom maken we bij Jumbo lekker en gezond eten voor iedereen bereikbaar."

Dat geldt niet voor de klant die bij de Jumbo meermalen bij de zelfscanner een steekproef krijgt. Dan geeft deze supermarkt ter compensatie niet een appel, maar een pakje stroopwafels cadeau, een bommetje van suiker en vet.

Bronnen:
Onderzoek Questionmark en Wageningen University 2021



> blij dat er aan het eind van de dag eten op tafel staat. En dan ga jij zeggen: dat eten moet gezonder, en dat kun je op die en die website zien. Je moet niet vanuit je eigen context denken, wanneer je geen idee hebt hoe deze mensen leven en denken. Hoe je de mensen met een lage sociaaleconomische status daadwerkelijk kan bereiken en daarmee impact op hun gezondheid kan maken, vind ik onderzoek waard."

"Niet-zinnige zorg niet meer vergoeden"

Gezond eten kost geld, zeker als het biologisch is. Op zorgverzekeraars is kritiek over het beschikbare bedrag per dag voor voeding in de langdurige zorg (dit betreft ouderen, intramurale gehandicaptenzorg en GGZ, revalidatiezorg, red.). Juist deze mensen in de 'care' hebben veel langer goede voeding nodig dan mensen bij een kortdurig verblijf in het ziekenhuis. Vissers zet dit generieke probleem door naar de overheid. "Uit onderzoek weten we dat als gezonde voeding 10 tot 15 procent goedkoper is dan ongezonde voeding dit voldoende is om gedrag te veranderen. Dat is 'dubbeltjes' werk."

Het is voor haar duidelijk: "Als je echt aan de slag wil met gezondheid en instroom in de zorg wil voorkomen, dan moet je veel breder inzetten dan sec naar de zorgverzekeraars te kijken. Wij kunnen niet in ons eentje zorgen voor een suikertax, voor lage prijzen van gezonde voeding, voor gezonde opties op scholen voor kinderen. Daar is de polsstok te hoog voor. Ik vind wel dat we dat denken over gezondheid als verzekeraars moeten aanjagen. Waar wij in het verleden nog hebben gezegd: daar zijn wij niet van, vind ik nu wel dat we hier een punt van moeten maken. Anders is het dweilen met de kraan open en kunnen we die zorg niet meer duurzaam overeind houden. Als elke vraag bij de huisarts een medische ingreep wordt dan hebben we ergens een denkfout gemaakt."

Maar U bent wel in staat om onnodige operaties te voorkomen.

"Inderdaad. We willen de niet-zinnige zorg ook niet meer vergoeden. Naar dan moeten we wel weten welke zorg wel en welke niet passend is. Van oudere kwetsbare patiënten die op de spoedeisende hulp komen, moet je goed weten wat ze zelf wel en niet meer willen. Niet meteen allerlei diagnostiek als scans en onderzoek op ze loslaten, met alle goede bedoelingen. Dat geldt trouwens ook voor jongere patiënten."

Gaat dit om heel veel geld?

"We weten het niet precies, ook al is er al veel onderzoek naar gedaan. Het wordt geschat op 15 tot 25 procent van de zorgkosten. Dat is heel erg veel geld. Al zou het maar de helft daarvan zijn, dan nog is het heel belangrijk om hiermee aan de slag te gaan."

Meteen stoppen daarmee, dus.

"Ja, maar dat is niet zoals dokters zijn opgeleid. En het is ook niet altijd wat patiënten vragen."

Moet je dus anders focussen qua preventie? Proberen te voorkomen dat ouderen vallen?

"Dat is wat we dus doen in Noord-Limburg. Daar hebben we met een grote groep partijen een experimentele Health Impact Bond afgesproken (zie ook artikel Miriam de Kleijn en kader, red.). Samen met zeven gemeenten, twee private investeerders, een zorggroep, twee zorgverzekeraars een zorgkantoor en zorgaanbieders trainen we hier ouderen, die kwetsbaar zijn voor botbreuken. Als je valt, hoe kun je dan het beste vallen? Hoe ligt het matje bij de voordeur? Kan dat gaan glijden? Dat zijn interventies die echt iets nuttigs opleveren. We hebben als doel van deze investering omschreven dat de instroom op de spoedeisende hulp van zulke klachten lager wordt."

"Als beloning krijgen jullie tijd"

VGZ is al jaren geleden begonnen meerjarige afspraken te maken met ziekenhuizen die willen veranderen. Dat biedt ook de mogelijkheid om de verzamelde 200 Good Practices in te voeren en deze zo op te schalen. Vissers over het waarom van een langdurige samenwerking: "Opschaling kost tijd, om dokters en verpleegkundigen goed op te leiden, om behandelprocessen aan te passen, ook om een andere mindset te creëren."

Staan er in zulke inkoopcontracten andersoortige eisen?

"In de meerjarenafspraken hebben we echt voorwaarden opgenomen in de zin van: aantallen 'Good Practices' die we verwachten. Dat gaat zowel om goede voorbeelden over te nemen en op te schalen, maar ook nieuwe praktijken aan te dragen. Wij zeggen: als beloning krijgen jullie van ons tijd en willen we samen gaan leren en ontdekken waar jullie tegenaan botsen. Voorbeeldje. Je moet niet bij elke liesbreuk meteen overgaan op een operatie. Je moet echt goed nadenken over welke alternatieven er ook zijn, alternatieven die hetzelfde effect hebben. Elke operatie heeft zo zijn risico's. Maar toen een patiënt terug bij de huisarts kwam, kreeg deze alleen te horen: hij wil me niet opereren, kun je me naar een ander ziekenhuis sturen? Dan leer je dus dat het insturen van de patiënt anders moet. Dat het zo



Marjo Vissers:
"Hoe je de mensen met een lage sociaaleconomische status daadwerkelijk kan bereiken en daarmee impact op hun gezondheid kan maken, vind ik onderzoek waard."

gaat, daar kom je als zorgverzekeraar pas achter wanneer je meekijkt met de behandelaren."

Patiënten zitten zelf ook op internet uit te zoeken wat er moet gebeuren.

"Ook dat! Impact is niet: we schalen even een Good Practice op. Samen beslissen vraagt ook iets van de dokter. Dat is echt meer dan de folder voorlezen. Een arts moet inschatten: heb ik voor deze patiënt iets meer tijd nodig? Moet ik misschien iemand nog eens terug laten komen? Of zelfs zeggen: neemt u iemand mee? Om uiteindelijk samen tot een beslissing te komen."

En die chirurg dan, die zijn operatie misloopt en dus zijn inkomsten?

"Dat is waarom onze insteek bij een afgenomen omzet niet is: die besparing op de zorgkosten gaan we meteen afromen en teruggeven aan de verzekerden in de vorm van een lagere premie. Wat op zich ook een nobel doel zou zijn. Maar dan zeggen we: we gaan samen kijken wat we met deze besparing gaan doen. Zo kan een deel van de besparing resulteren in een lagere premie, maar een deel ook bij het ziekenhuis blijven, voor bijvoorbeeld de kosten van innovatie." ■

Websites

- + Website Impact Centre Erasmus
- + Onderzocht jaarverslag VGZ 2020
- + Onderzocht jaarverslag VGZ over 2021

.....

- + TEKST JACQUELINE SCHEIDSBACH EN JAN BOM

- + ILLUSTRATIES ESTHER DIJKSTRA

- + ART DIRECTION BUREAU BOUDEWIJN BOER EN STUDIO 10

- + UITGEVERIJ ATTICUS BV

- + WWW.P-PLUS.NL

