



● Actieagenda

Projectgroep Financieel Stelsel

December 2015

S.025



Hoe maken we gezondheid haalbaar, én betaalbaar?

Actieagenda

Projectgroep Financieel Stelsel

December 2015

Caroline Baan (RIVM); Reinoud Doeschot (Zorginstituut Nederland); Carel Mastenbroek (Zorginstituut Nederland); Rosanne Meulenbeld (NPHF Federatie voor Gezondheid bureau); Tom Oostrom (Nierstichting); Thomas Plochg (NPHF Federatie voor Gezondheid bureau); Jurriaan Pröpper (Optimedis); Jolande Sap (NPHF Federatie voor Gezondheid bestuur); Joop Schippers (Universiteit Utrecht; voorzitter); Helma Zijlstra (V&VN).

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	2
2	Van nazorg naar voorzorg.....	4
3	Gezondheid is niet te koop, dus kun je er ook niet voor betalen, toch!?	6
4	Acties.....	10
5	Slotopmerkingen	15

Referenties

Bijlagen

- 1 Voorbeelden van alternatieve financieringssystemen voor preventie
- 2 Samenstelling van de NPHF projectgroep Financieel Stelsel

1 Inleiding

“De huidige bekostigingsmethoden in Nederland houden fragmentatie in stand, belemmeren goede coördinatie en doelmatige substitutie van zorg, ontmoedigen preventie en innovatie, bevorderen over- of onderproductie en hebben meestal geen relatie met kwaliteits-/gezondheidsuitkomsten” — Frank Eijkenaar & Erik Schut


De financiering van preventie staat in het middelpunt van de belangstelling. Zorgprofessionals, zorgaanbieders, verzekeraars, beleidsmakers en anderen zijn op zoek naar nieuwe financieringsmodellen voor preventie. Er wordt geëxperimenteerd met lokale gezondheidspolissen, populatiebekostiging, shared savings, gezondheidsbonnen, health impact bonds e.d. De interesse in dit thema wordt gevoed door de breed gedragen overtuiging dat de huidige focus op ziektezorg verlegd moet worden naar het gezond en vitaal houden van mensen. Het zou het zorgstelsel op de langere termijn toekomstbestendiger maken.

Keer op keer blijkt dat bovengenoemde verschuiving in de praktijk moeilijk te realiseren is. Een adequaat financieringssysteem voor preventie en gezondheidsbevordering ontbreekt. Anders gezegd: er zijn geen goede betaaltitels voor het gezond en vitaal houden van mensen in het Nederlandse zorgstelsel. Daardoor ‘loont’ het niet – financieel gezien – om mensen (te helpen zichzelf) gezond en vitaal te houden, ook al zeggen veel zorgprofessionals dat ze dat best zouden willen.

Gevolg is dat het gezond houden van mensen op ad hoc basis geschiedt, en de gewenste transitie van het huidige ziektezorgsysteem naar een écht gezondheidszorgsysteem moeizaam van de grond komt, en in goede bedoelingen blijft steken.

Hoewel dit financieringsprobleem de afgelopen decennia diverse keren tevergeefs is geagendeerd, lijkt er nu serieuze beleidsruimte te ontstaan om het structureel op te lossen. Binnen het Ministerie van VWS is bijvoorbeeld de projectgroep Preventie in de Zorg ingesteld die verschillende beleidsopties onderzoekt en advies zal uitbrengen aan de Minister over hoe preventie in het zorgstelsel te integreren, in het bijzonder de financiering. Eind 2015 rapporteert de projectgroep aan de Minister en gaat een brief hierover naar de Tweede Kamer.

Verder wordt in het veld geëxperimenteerd met nieuwe bekostigingsmodellen, zoals populatie gebonden bekostiging voor de huisartsenzorg, waarbij huisartsen financieel in staat worden gesteld preventieve activiteiten te organiseren voor groepen patiënten.



De toegenomen aandacht voor de financiering van preventie blijkt ook uit diverse relevante onderzoeksrapporten die recent zijn verschenen. Zo bracht Zorgmarktadvies in januari 2015 het rapport 'Financiering van preventie. Analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen' uit. Het iBMG publiceerde in maart 2015 een onderzoeksrapport over de kansen van uitkomstbekostiging in de zorg [1]. En in juni verscheen het RIVM rapport over proeftuinen voor populatiegebonden bekostiging [2]. In deze rapporten worden diverse oplossingen aangedragen (zie bijlage 1).

De conclusies van de genoemde rapporten zijn niet zonder meer bemoedigend, al bieden zij zeker aangrijpingspunten en verdienen de verschillende modellen verdere uitwerking, waarbij gewerkt wordt aan de benodigde randvoorwaarden. Steeds wordt aangegeven dat het ontwikkelen van een adequate financiering van preventie en gezondheidsbevordering wenselijk en noodzakelijk is, maar moeilijk om in de dagelijkse praktijk te realiseren.

Tegen deze achtergrond is de NPHF Federatie voor Gezondheid de projectgroep Financieel Stelsel gestart (zie bijlage 2 voor de samenstelling van de projectgroep). Doel was te verkennen hoe de ontwikkelingen in het financieringssysteem dienstbaar kunnen worden gemaakt aan de transitie van nazorg naar voorzorg, en vervolgens daarvoor een actieagenda te formuleren. Daarbij was het nadrukkelijk niet de bedoeling opnieuw het wiel uit te vinden. De NPHF wil van toegevoegde waarde zijn door, vanuit haar strategische visie én gezamenlijk met betrokkenen, ontwikkelingen op het terrein van de financiering van preventie te duiden en creatieve oplossingsrichtingen te agenderen. Deze oplossingsrichtingen helpen niet alleen haar leden verder, maar ook het maatschappelijke debat.

In de onderhavige notitie wordt de actieagenda gepresenteerd. Eerst zal de strategische visie zoals de NPHF Federatie voor Gezondheid die uitdraagt kort worden toegelicht. Vervolgens wordt ingegaan op de vraag waarom de financiering van preventie zo ingewikkeld is. Tenslotte wordt een drietal acties beschreven die de projectgroep voorstelt om de financiering van het zorgstelsel dienstbaar te maken aan deze ontwikkeling. Deze acties leiden tot concrete oproepen aan actoren in de samenleving.

2 Van nazorg naar voorzorg

“If you defer investing your time and energy until you see that you need to, chances are it will already be too late.” — Clayton M. Christensen

De NPHF Federatie voor Gezondheid neemt het voortouw bij het verkennen en realiseren van een toekomstbestendig zorgstelsel, waarbij gezondheid het leidmotief is. Alleen als we anders gaan denken over zorg en gezondheid, kunnen we een houdbaar zorgstelsel inrichten. Het voorkomen van ziekte en bevorderen van individuele en collectieve gezondheid zijn hierin leidend, niet het herstellen van vermijdbare gezondheidsschade achteraf. De slogan ‘van nazorg naar voorzorg’ verwoordt dit.

Een zorgstelsel dat niet alleen financieel houdbaar is maar ook gezondheid oplevert, zal op nieuwe uitgangspunten gefundeerd moeten worden. Het huidige zorgstelsel komt 1) te laat in actie en is 2) nog steeds gebaseerd op de acute en enkelvoudige gezondheidsproblemen van gister.

Dominante focus op het repareren van gezondheidsschade

Het gezondheidszorgsysteem is hoofdzakelijk gericht op de achterkant van gezondheidsproblemen, namelijk het repareren van gezondheidsschade die steeds vaker chronisch van aard is. Van de € 90 miljard die jaarlijks aan het zorgstelsel wordt uitgegeven, gaat 95% naar curatieve en langdurige zorg. Dit betekent dat nog geen 5% besteed wordt aan het voorkómen van gezondheidsschade. Dit ligt wel binnen onze mogelijkheden: 50% van de huidige ziekten is vermijdbaar. Wonen, werk, onderwijs, voeding, beweging en de vormgeving van de publieke ruimte hebben impact op onze gezondheid. Al deze factoren kunnen aangrijpingspunten zijn om gezondheid te creëren en te bevorderen. Wanneer we de focus willen verleggen naar de voorkant, daar waar gezondheidsproblemen ontstaan, is een andere inrichting van ons zorgsysteem nodig. In theorie en opleidingen, én in de praktijk.

Geënt op de gezondheidsproblemen van gisteren, niet die van vandaag of morgen

De moderne geneeskunde heeft effectieve behandelingen ontwikkeld voor acute ziekten waaraan men in de 20e eeuw nog overleed. Gevolg van dat succes is dat steeds meer mensen te kampen hebben met chronische ziekten en multi problematiek, terwijl de gezondheidszorg nog vooral geleverd wordt door specialisten die expert zijn op één terrein. Ketensamenwerking tussen

specialisten die hun werk onderling coördineren is belangrijk, maar het voorkómen van chronische ziekten is uiteraard nog beter. De transitie van nazorg naar voorzorg richt de aandacht op hervorming van de huidige gezondheidszorg, al vanaf de basis. Door de opleiding van artsen en andere zorgprofessionals in te richten vanuit het idee om mensen gezond te houden. En door een inhaalslag te maken in het ontwikkelen van generalistische expertise en de aanpak van multi problematiek.

Nieuwe financieringsvormen

Deze stellingname heeft ook gevolgen voor de wijze waarop het financieringssysteem in de zorg moet worden ingericht. Nu ontbreekt het aan betaaltitels waardoor het voor partijen niet loont te investeren in een proactieve en integrale aanpak die mensen helpt en ondersteunt in het zo gezond en vitaal mogelijk te blijven. De tijd is daarom rijp om nieuwe financieringsvormen te ontwikkelen die het wel lonend maken om te investeren in het gezond en vitaal houden van mensen.

3 Gezondheid is niet te koop, dus kun je er ook niet voor betalen, toch!?

“The importance of physical products lies not so much in owning them as obtaining the services they render.” — Philip Kotler

Je bent gezond of je bent het niet. Als je het niet bent, ben je ziek en consumeer je zorg in de verwachting dat men je kan genezen en/of verzorgen. De zorgindustrie verdient zijn boterham bij de gratie dat mensen ziek worden. Hoe meer mensen ziek zijn, hoe groter de zorgmarkt, hoe dikker belegd de boterham. Zie hier in een notendop het probleem waarom preventie en gezondheidsbevordering – het gezond houden van mensen – economisch gezien oninteressant is en dus houtje touwtje gefinancierd wordt. Want kun je geld verdienen aan iets wat een mens van nature al heeft? En haal je als zorgindustrie niet je eigen verdienmodel onderuit als je investeert in preventie en gezondheidsbevordering?

Het antwoord op beide vragen – nee op de eerste; ja op de tweede – verklaart waarom iedereen preventie met de mond belijdt, maar als puntje bij paaltje komt er niet in wil investeren: It's the economy, stupid!

Maar is dat echt zo? Valt er inderdaad geen geld te verdienen aan gezondheid? De NPHF projectgroep meent dat het weldegelijk kan, mits we anders over gezondheid gaan nadenken en we de coproductie van gezondheid door burger en professional centraal stellen.

Positieve gezondheid

De veranderende manier van denken over gezondheid wordt gemarkeerd door het begrip positieve gezondheid [3]. Dit concept kan op een aantal manieren worden gedeut. Ten eerste biedt positieve gezondheid tegenwicht tegen het feit, dat het woord gezondheid vaak in combinatie met iets negatiefs wordt gebruikt. We hebben het vaak over gezondheidsproblemen, en om gezond te blijven gelden allerlei ge- en verboden. Vanuit positieve gezondheid kijk je juist naar hoe mensen zich gezond voelen en wat ze daarvoor nodig hebben. Positieve gezondheid kijkt naar de kracht van mensen, in plaats van de aan- of afwezigheid van ziekte. Mensen hebben een zelfhelend vermogen en vele zijn mans genoeg om zelf te dealen met hun (gezondheids)problemen (of deze te voorkomen).

In deze benadering is gezondheid een werkwoord; je bent er zelf – gedurende je hele leven – mee bezig en de omgeving kan daarbij helpend zijn, of juist belemmerend. Daar zit niet alleen een individuele maar ook een collectieve kant aan. Willen we mensen faciliteren om in hun eigen gezonde en vitale kracht te staan dan ontkomen we er niet aan om ook naar de context (sociale en fysieke omgeving) te kijken waarin mensen leven en daarin zo nodig veranderingen aan te brengen.

De coproductie van gezondheid

Gezondheid op deze manier uitgelegd biedt weldegelijk kansen om economische activiteiten te ontwikkelen die mensen ondersteunen en helpen bij het zichzelf gezond en vitaal te houden. De aanname daarbij is – en de grote gezondheidsachterstanden onderstrepen dit – dat er grote groepen mensen zijn die daar baat bij zouden hebben. De gemiddelde Nederlandse burger kan veel beter aan zijn eigen gezondheid werken dan hij nu doet, en wil dat misschien ook wel. Tenminste als je een TV programma als *Obese* kijkt, is het frapperend om te zien hoeveel leed achter dat overgewicht zit. Mensen willen niet betutteld worden, maar willen best een steuntje in de rug.

Zo'n steuntje in de rug is zelden een consumeerbaar product of dienst zoals schoon water of vaccinaties. In de meeste gevallen is de burger coproductent. Hij moet zelf stoppen met roken, 2 keer per week van A naar B hardlopen, in de supermarkt broccoli kopen en het dan ook echt opeten, netjes twee keer per dag zijn tanden poetsen, et cetera om gezond te kunnen blijven. En die inzet wordt niet 1 op 1 beloond met gezondheid en vitaliteit.

Dus moeten we durven loslaten dat we gezondheid of vitaliteit als een product kunnen kopen en financieren. Daarvoor in de plaats zouden we het lef moeten hebben de relatie en interactie tussen burger en professional te financieren. Zoals gezegd is de burger coproductent. Hij/zij moet (zichzelf) gezond en vitaal houden in wisselwerking met zijn (sociale) omgeving. Maar hij/zij kan daarin door een professional zo goed en zo kwaad als dat gaat worden ondersteund en geholpen.

Gecompliceerde en complexe problemen

De Canadese hoogleraar Geoff Anderson (2011) [4] heeft een theoretische verkenning gedaan naar financieringsvormen voor zorgstelsels in OECD landen die goed aansluiten op dit idee van coproductie. Hij maakt daarbij onderscheid tussen gecompliceerde en complexe problemen. Zie volgend tekstkader.

Anderson (2011) betoogt dat wanneer we gezondheidsproblematiek als een gecompliceerd probleem beschouwen, men financieringsmodellen ontwerpt die uitgaan van 1) bekostiging van zorgbundels (met daarin gestandaardiseerde en goede gecoördineerde zorgprocessen voor een breed scala aan gezondheidsproblemen), 2) risico-overdracht (shared savings-modellen) waarbij aanbieders een deel van de gerealiseerde kostenbesparingen zelf mogen houden, 3) de beoordeling van de geleverde (preventieve) prestaties op basis van een groot aantal goed gedefinieerde uitkomsten, en 4) ingebed in een zorgstelsel gebaseerd op de principes van marktwerking.

Gecompliceerde en complexe problemen (Anderson 2011)


Een gecompliceerd probleem vraagt om een groot aantal stappen die wel kunnen worden beschreven, maar waarvan de uitvoering vraagt om coördinatie en ervaring. Het gaat om een proces waar velen bij betrokken zijn en dat gaandeweg kan/moet worden bijgesteld om verbeteringen te realiseren. Analogie is het in een baan om de aarde brengen van een satelliet.

Een complex probleem kan niet worden beschreven in lineaire, opeenvolgende stappen. Bovendien kunnen kleine bijstellingen in het proces enorme impact hebben, zowel in positieve als negatieve zin. Bij complexe problemen zijn het de relaties en interacties tussen de verschillende onderdelen die het verschil maken. Analogie is het opvoeden van kinderen.

Als men daarentegen gezondheidsproblematiek als een complex probleem beschouwt, komt men uit op geheel andere financieringsmodellen. Uitgangspunt voor deze modellen is dat er 1) algemene brede gezondheidsdoelen worden gesteld met een minimum aan specificatie van de te leveren (preventieve) prestaties, 2) dat budgetten worden gepoold, 3) dat het systeem 'relaties' waardeert in plaats van processen of producten, 4) dat ze lokaal zijn ingebed in het zorgsysteem om maatwerk te garanderen, en 5) dat overheden, toezichthouders en zorgverzekeraars accepteren dat risico's niet kunnen worden geëlimineerd en dat diversiteit aan waarden en creativiteit tegenwicht biedt tegen al te grote risico's.

Preventie als antwoord op een complex probleem

Nu is de vraag of preventie, in de zin van de coproductie tussen burger en professional, als een gecompliceerd dan wel complex probleem dient te worden opgevat. Burgers helpen en ondersteunen zichzelf gezond en vitaal te houden is wat de projectgroep betreft een uitdaging die meer lijkt op een kind opvoeden dan op een satelliet in een baan om de aarde brengen. Het zou dan ook als zodanig gefinancierd moeten worden.



De projectgroep stelt daarom voor om het zogeheten vitaliteitscontract te ontwikkelen. Dit is meer een concept dat een ander licht werpt op de voorgestelde financieringsinstrumenten (zie bijlage 1). Een preventiefonds of de shared savings contracten bijvoorbeeld kunnen prima op basis van complexiteit worden opgezet en ingericht. Verder constateert de projectgroep dat er in de financiering van preventie al veel meer mogelijk is dan nu vaak wordt gedacht. Professionele beroepsgroepen en zorgverzekeraars zouden daarop gewezen moeten worden. Tot slot stelt de projectgroep dat er meer nodig is dan de financiering van preventie binnen het bestaande zorgstelsel. Om de betaalbaarheid van het zorgstelsel te garanderen op de langere termijn is het noodzakelijk out-of-the-box te denken. Om de afwenteling van de gezondheidsschade door bedrijven en hun producten op de maatschappij te voorkomen, is het waardevol om aan te sluiten bij initiatieven als True Price en ExTax.

4 Acties

De projectgroep heeft een drietal concrete acties geformuleerd: 1) het vitaliteitscontract, 2) preventie in de beroepsprofielen en 3) Ex Tax en True Pricing.

Vitaliteitscontract

Het verkennen en verder ontwikkelen van vitaliteitscontracten biedt goede kansen voor duurzame gezondheid en erkent de burger als coproducent van zijn eigen gezondheid. Zo'n contract kan worden gedefinieerd als een overeenkomst tussen een burger/collectief en een zorgleverancier (bijvoorbeeld tandarts), waarin het onderhoud van de gezondheid qua tijd en kosten wordt geregeld. Vergelijk het met een service contract voor een CV ketel.

Het aantrekkelijke van het vitaliteitscontract is drieledig:

1. Meerdere actoren in het zorgstelsel kunnen er wat mee. Voor zorgaanbieders/professionals is het een business model. Zij komen met hun patiënten overeen dat deze een vast bedrag betalen voor (bijvoorbeeld) het onderhoud van hun gebit. De zorgaanbieder heeft dus een vast inkomen, of zijn patiënten nu veel zorg afnemen of niet. Voor burgers/coöperaties is het een service die kosten overzichtelijk houdt en waarbij er geen financiële reden is om de zorgverlener te vragen hen te helpen hun gebit gezond te houden. In de simpelste vorm zijn alleen deze twee partijen betrokken, maar ook gemeenten kunnen burgers bijvoorbeeld een vitaliteitscontract aanbieden in het kader van het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, en werkgevers kunnen een dergelijk contract gebruiken om hun werknemers vitaler (en dus productiever) te maken. Voor verzekeraars kan het een propositie zijn voor een (lokale) gezondheidspolis.
2. Het is een financieringssysteem dat naast (eventueel ten dele geïntegreerd met) het bestaande ziektekostenstelsel kan worden gepositioneerd. In theorie zorgt dat voor balans omdat beide systemen elkaar in evenwicht houden (als zogeheten *countervailing powers*) waardoor de uiteindelijke zorgkosten gaan dalen. Het vraagt dus niet om het helemaal omgooien van het stelsel, dat steeds weer weerbarstig blijkt. Feitelijk zijn er in het land al ontwikkelingen die als zodanig geduid kunnen worden. Denk bijvoorbeeld aan de Vitaal Vechtdal Polis.
3. 'Skin in the game': burger en aanbieder hebben een gedeeld belang; Burgers kunnen alleen hun baten (gezondheidswinst en lagere ziektekostenpremie) realiseren als ze actief meewerken; Aanbieders kunnen alleen hun baten (meer vrije tijd, meer voldoening, meer inkomsten e.d.) realiseren als ze erin slagen een intersectoraal aanbod van preventieve en

gezondheidsbevorderende activiteiten te ontwikkelen. M.a.w. dat het hun lukt om mensen gezond te houden! Anders durven ze het ondernemersrisico niet te nemen.

Te nemen stappen:

Het idee van vitaliteitscontracten behoeft verdere doordinking en uitwerking. Vragen betreffen o.a.:

- Willen burgers, ook de sociaal zwakkeren in de samenleving, überhaupt een vitaliteitscontract?
- Kan worden voorkomen dat het vitaliteitscontract een risicoselectieinstrument wordt?
- Welke randvoorwaarden zijn er nodig om vitaliteitscontracten tot ontwikkeling te laten komen?
- Kan er een level playing field voor vitaliteitscontracten worden ontwikkeld?
- Hoe kan het aangaan van een vitaliteitscontract worden doorberekend in de ziektekostenpremie?
- Kunnen de service contracten waar individuele zorgprofessionals mee experimenteren (bijv. fysiotherapeuten) worden opgeschaald naar gezondheidscentrum en/of wijkniveau?

De NPHF Federatie voor Gezondheid zal het onderwerp van vitaliteitscontracten onder de aandacht brengen van betrokkenen, al of niet leden van de NPHF: burgerinitiatieven, (koepels van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars, werkgevers, gemeenten.

Daar waar het gaat om het programmeren van onderzoek (hier is een projectgroep onderzoek actief op) kan de NPHF invloed uitoefenen om ruimte te creëren voor het experimenteren met vitaliteitscontracten.

Preventie in beroepsprofielen

In het professionele handelen in en rond de zorg voor gezondheid is steeds meer aandacht voor het behoud van gezondheid, voor voorzorgen en voor kwaliteit van leven. Dit blijkt bijvoorbeeld uit maatschappelijke pleidooien van medisch specialisten tegen ziekmakende factoren in onze samenleving zoals tabak, bewegingsarmoede en de overmaat aan suikers, zout en vetten in levensmiddelen. Het blijkt ook uit het feit dat beroepsverenigingen hun verantwoordelijkheid steeds meer oppakken waar het gaat om de afweging van ingrijpende behandelingen ten opzichte van de te verwachten winst aan kwaliteit van leven.

Zo heeft de V&VN (Vereniging Verplegenden en Verzorgenden Nederland) onlangs positieve gezondheid als uitgangspunt voor haar beroepsprofiel gedefinieerd. Dit betekent bijvoorbeeld dat

beroepsbeoefenaren zich verdiepen in de context waarin hun patiënt zich bevindt, de redenen waarom hij of zij bepaalde vormen van gezond gedrag niet kan toepasten of bepaalde behandelingen wel of niet wil ondergaan. Daarmee neemt de kwaliteit van handelen toe en wordt geïnvesteerd in het passend maken van zorg. Dit verkleint de kans op zowel over- als onderbehandeling.

Het voordeel van deze wijze van veranderingen doorvoeren is dat het financieringssysteem niet hoeft te worden gewijzigd. Wat de professional als passende zorg aanmerkt, kan in beginsel als verzekerde zorg worden aangemerkt en gefinancierd. Op deze manier biedt de Zorgverzekeringswet vanzelfsprekend ook ruimte voor preventie. De aanspraken zijn immers open en functioneel geformuleerd.

Het helpt wanneer alle professionals in de zorg (huis)artsen, paramedici, verpleegkundigen, buurtwerkers e.d. hun beroepsprofielen gedurende de komende jaren herijken op basis van de definitie van positieve gezondheid. Dit leidt onherroepelijk tot een grotere bijstelling in de richting van meer preventie en ontmedicalisering en een grotere samenhang in de gezondheidszorg.

Te nemen stappen:

De NPHF Federatie voor Gezondheid zal het thema van preventie in de beroepsprofielen agenderen bij de beroepsgroepen, zorgverzekeraars en beleidsmakers als een relatief eenvoudige manier om in de zorgverzekeringswet meer preventie en gezondheidsbevordering gefinancierd te krijgen.

Ex'Tax & True Pricing

Het geld voor preventie moet niet alleen uit de zorg komen, maar ook uit de sectoren die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van de gezondheidsproblemen die onnodig hoge zorgkosten veroorzaken. Denk aan de tabaksindustrie, de levensmiddelensector, de drankindustrie en horeca enzovoort.

Op dit moment worden indirecte maatschappelijke kosten van diensten en producten niet geïntegreerd in de marktprijs; bedrijven kunnen effecten op gezondheid en milieu vaak afschuiven op de samenleving.

De projectgroep vindt dat de maatschappelijke kosten mee moeten tellen in de marktprijs. Zoals dit op het terrein van milieu – zij het nog te weinig – gebeurt via duurdere CO₂-emissierechten of fiscale maatregelen. Zo zouden ongezonde producten duurder moeten worden dan gezonde

producten. Dit maakt een gezonde leefstijl relatief aantrekkelijk en zorgt - op termijn - voor minder zorgkosten. Het geld dat vrijkomt uit de opbrengsten van belastingen, emissierechten en besparingen op de zorg kan deels worden ingezet om de lagere sociaaleconomische groepen te compenseren voor de prijsstijging die bij hen harder aankomt. Een ander deel kan worden ingezet voor preventie en de rest voor vermindering van de staatschuld. 'True Price' en Ex'Tax zijn twee waardevolle initiatieven die relevant zijn in dit kader.


True Price heeft een methode ontwikkeld waarmee de échte kostprijs van producten berekend kan worden. Er wordt daarbij niet alleen gekeken naar de kosten die het bedrijf heeft gemaakt, maar ook naar de belasting voor het milieu en de sociale kosten, zoals de arbeidsomstandigheden. Het oogmerk is niet dat de winkelprijs hoger wordt, maar dat consumenten betere keuzes kunnen maken. Op die manier wordt de druk op bedrijven vergroot om de voorheen verborgen kosten zoveel mogelijk te verlagen. Uiteindelijk zou dit ertoe moeten leiden dat de economie gaat werken voor de maatschappij.

Denktank Ex'tax, voortgekomen uit het gedachtegoed van Eckart Wintzen, streeft naar een fundamentele wijziging van het belastingstelsel: minder belasting op arbeid en meer belasting op het verbruik van grondstoffen en vervuiling. Deze verschuiving is om meerdere redenen relevant. Door de hoge kosten op arbeid is innovatie de afgelopen decennia volledig gericht geweest op het overbodig maken van mensen en dat heeft tot massawerkloosheid geleid. Wanneer je de lasten op arbeid verlaagt en op grondstoffen, energie en vervuiling juist verhoogt, wordt het lonend om op het gebied van natuurlijke hulpbronnen te gaan innoveren. Denk aan recycling, urban mining, biobased brandstoffen en nieuwe materialen.. In november 2014 heeft Ex'Tax een rapport gepubliceerd, waarin de vier grote accountantskantoren dit hebben doorgerekend.(ref)

Te nemen stappen

De concrete actie bestaat eruit dat de NPHF Federatie voor Gezondheid allereerst haar leden in contact brengt met zowel True Price als Ex'Tax. Daarnaast wil de NPHF Federatie voor Gezondheid mede pleitbezorger worden van belastinghervormingen waarbij geldt: de (gezondheid)vervuiler betaald. Het oogmerk is daarbij drieledig.

1. De projectgroep vindt het belangrijk dat de gezondheidseffecten goed in de gehanteerde economische modellen worden meegenomen. Daarom hecht de projectgroep eraan dat epidemiologen en gezondheidsonderzoekers in contact komen en samenwerken met de mensen van True Price en Ex Tax.

- 
2. Het laten berekenen van bijvoorbeeld de True Price van een appel of een patatje met. Die kan dan worden ingezet als een krachtig communicatie instrument om burgers bewust te maken van de werkelijke kosten van een gezond of ongezond product.
 3. De gezondheidszorg is een (zeer) arbeidsintensieve sector. Een herziening van het belastingstelsel op basis van de principes van Ex Tax zal om die reden een positieve impact op de werkgelegenheid en kosten van de gezondheidszorg hebben. Arbeid wordt immers goedkoper. Als voor de gezondheidszorgsector inzichtelijk wordt gemaakt hoe deze verschuiving qua kosten naar verwachting positief uitpakt, kan maatschappelijke druk worden opgebouwd om het belastingstelsel te herzien. Het maakt wel uit als de gezondheidszorgsector zich achter zo'n plan schaaft.

5 Slotopmerkingen

De financiering van preventie staat momenteel op de politieke en beleidsagenda. De NPHF Federatie voor Gezondheid ziet het momentum en hecht er aan dat er eindelijk structurele financiering komt voor preventie, in de zin van het helpen en ondersteunen van burgers/patiënten om zo gezond en vitaal mogelijk te blijven. Het zou de gewenste transitie van nazorg naar voorzorg een belangrijke impuls geven.

Voorwaarde is wel dat partijen zich realiseren dat de nieuwe vormen van preventie in coproductie met de burger/patiënt tot stand kunnen komen, als zodanig een complexe uitdaging vormen, en dus op een passende manier moeten worden gefinancierd. Het vitaliteitscontract is een concept dat dit poogt te doen.

Een andere voorwaarde is dat het debat over de financiering van preventie wordt gekoppeld aan het maatschappelijke debat over de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Een stevig gezondheidsbeleid is onontbeerlijk om het Nederlandse gezondheidszorgstelsel op langere termijn betaalbaar te kunnen houden. Het is daarom van belang om ook buiten de gezondheidszorg naar oplossingen te zoeken en de aansluiting te zoeken met waardevolle initiatieven zoals True Price en Ex'Tax die de afwenteling van gezondheid- en milieuschade op de maatschappij ter discussie stellen.

Referenties

1. [Erasmus Universiteit Rotterdam instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Uitkomstbesteding in de zorg, een \(on\)begaanbare weg? 2015.](#)
2. [Drewes, H. et al. Samen werken aan duurzame zorg. Landelijke monitor proeftuinen. RIVM, 2015.](#)
3. [Huber, M. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. 2014.](#)
4. [Anderson, G.M. Health reform. The challenge of financing care for individuals with multimorbidities. OECD. 2011.](#)
5. [Soeters, M. Verhoeks, G. Financiering van preventie. Analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen. Zorgmarktadvies. 2015.](#)



Colofon

NPHF Federatie voor Gezondheid

Bezoekadres

p/a NIVEL

Otterstraat 118-124

3513 CR Utrecht

Postadres

p/a NIVEL

Postbus 1568

3500 BN Utrecht

December 2015

© NPHF Federatie voor Gezondheid

Redactie NPHF bureau, NPHF Federatie voor Gezondheid

Bijlage 1

Voorbeelden van alternatieve financieringssystemen voor preventie [5]

1. Regionaal preventiefonds

Een regionaal preventiefonds is een samenwerkingsverband van de zorgverzekeraars en de gemeenten in een regio. Deze partijen verstrekken de benodigde financiële middelen aan het fonds, sturen het fonds aan en beslissen gezamenlijk over de toekenning van financiering aan preventie-activiteiten. ZorgmarktAdvies, 2013.

2. Health Impact Bonds

Een Health Impact Bond (HIB) is een prestatiecontract tussen een overheidsorganisatie en een intermediaire organisatie gericht op het uitvoeren van preventieprogramma's. De intermediair schakelt voor deze programma's uitvoerders in en de hiervoor benodigde financiering wordt vooraf beschikbaar gesteld door externe investeerders. De overheidsorganisatie betaalt alleen uit aan de intermediair als een vooraf afgesproken maatschappelijk resultaat is behaald (bijvoorbeeld toekomstige besparingen). De intermediair betaalt de investeerders hun investering met rendement terug. Society Impact Platform en Ernst & Young, 2013.

3. Shared savings

Bij shared savings spreken zorgaanbieders met een zorgverzekeraar of gemeente af dat de deelnemende aanbieders een deel van de door hen gerealiseerde kostenbesparing ontvangen. De kostenbesparingen kunnen worden gerealiseerd bij de deelnemende aanbieders zelf, maar ook bij andere aanbieders of in andere domeinen.

4. Populatiebekostiging

Bij populatiebekostiging ontvangt de zorgverlener een vast bedrag per verzekerde per jaar, soms gecorrigeerd voor de verwachte zorgkosten van de verzekerde ('risk adjusted'). Hiervoor moet alle zorg gedurende de betreffende tijdsperiode geleverd worden. Als de kosten per verzekerde lager uitkomen, is dit winst voor de zorgaanbieder; zijn de kosten hoger dan maakt de aanbieder verlies. Pomp, 2013. Dit geeft aanbieders een goede prikkel om geen onnodige zorg te verlenen (geen 'productieprikkel') en ook een goede prikkel om aan preventie van zorg(uitgaven) te doen.

5. Preventie in collectieve zorgverzekering voor minima

Bijna alle gemeenten bieden inmiddels hun sociale minima een collectieve zorgverzekering aan. Een collectieve zorgverzekering biedt de mogelijkheid aan de gemeente om aanvullende afspraken te maken met de zorgverzekeraar over bijvoorbeeld gezamenlijke investeringen in preventie. Concreet kunnen zij samen leefstijlinterventies opzetten en deze beschikbaar stellen aan sociale minima door de leefstijlinterventies op te nemen in het aanvullende pakket.
www.bsenf.nl

6. Opname Preventie Kosten Groepen (PKG's) in risicoverevening

Bij het opnemen van PKG's in het risicovereveningssysteem van de Zvw krijgt een zorgverzekeraar ex ante een normatieve bijdrage op basis van het aantal verwachte uit te voeren preventieprogramma's. De normatieve bijdrage wordt achteraf (ex post) aangepast op het aantal daadwerkelijk in de praktijk uitgevoerde preventieprogramma's. VGZ, 2013.

7. Meerjarige polissen

Bij meerjarige zorgverzekering polissen gaat een verzekerde voor meer dan één jaar een relatie aan met een zorgverzekeraar. Dit wordt mogelijk door artikel 7 lid 1 van de Zvw aan te passen en te bepalen dat bij een meerjarige polis het recht vervalt om de polis jaarlijks op te zeggen.

8. Health Transfer Systeem

In het Health Transfer Systeem compenseren zorgverzekeraars elkaar voor in het verleden gemaakte preventiekosten als een verzekerde overstapt van de ene naar de andere verzekeraar. Een verzekerde ontvangt voor het volgen van een preventieprogramma een aantal health points, die binnen een bepaalde tijdsperiode worden afgeschreven. Als de verzekerde tijdens de afschrijvingsperiode overstapt naar een andere zorgverzekeraar, dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de resterende health points over en betaalt een health transfer fee aan de oude zorgverzekeraar. De Nationale DenkTank, 2006.

9. Investeringsprikkel gemeenten

Een financiële investeringsprikkel stimuleert gemeenten om te investeren in preventie, ondersteuning en vroegsignalering. Bij een investeringsprikkel worden gemeenten bijvoorbeeld afgerekend op de mate waarin zij door goed Wmo-beleid te voeren in staat zijn geweest om Wlz-uitgaven te voorkomen. De investeringsprikkel kan een vrijwillig of een verplicht karakter krijgen.

Bijlage 2

Samenstelling van de NPHF projectgroep Financieel Stelsel

- Joop Schippers (Universiteit Utrecht; voorzitter)
- Jurriaan Pröpper (Optimedis)
- Reinoud Doeschot (Zorginstituut Nederland)
- Carel Mastebroek (Zorginstituut Nederland)
- Rosanne Meulenbeld (NPHF Federatie voor Gezondheid bureau)
- Helma Zijlstra (V&VN)
- Tom Oostrom (Nierstichting)
- Caroline Baan (RIVM)
- Jolande Sap (NPHF Federatie voor Gezondheid bestuur)
- Thomas Plochg (NPHF Federatie voor Gezondheid bureau)