



De betaalbaarheid van de zorg

Meer aandacht voor preventie kan de gezondheidszorg betaalbaar houden. Maar dan moet er wel geld voor worden vrijgemaakt.

“Van de 100 miljard die we nu aan zorg uitgeven, gaat eigenlijk niets naar preventie”, zegt Georgette Fijneman van Zilveren Kruis.

“Zeventig procent van de ouderen die op de Eerste Hulp belanden heeft helemaal geen gezondheidsprobleem. Ze zijn vooral eenzaam. Dat kan zich dan uiten in hartklachten, of iets anders. Maar dat is dus niet het echte probleem.”

Georgette Fijneman is sinds 2017 directievoorzitter van Zilveren Kruis. De zorgverzekeraar kwam onlangs met een manifest van vijf punten die het nieuwe kabinet ter harte moet nemen om de zorg betaalbaar te houden, toegankelijk en van goede kwaliteit. Op nummer 1: 'Verbeter de gezondheid'. En dan gaat het niet alleen om niet-ziek zijn, maar om welbevinden: fysiek, geestelijk en sociaal.

“Ik zie het als mijn missie om gezondheid voor iedereen dichterbij te brengen en ik kan niet de grootste zorgverzekeraar van Nederland leiden zonder op dat terrein resultaat te boeken.”

Zilveren Kruis heeft met de verschillende merken in totaal een kleine vijf miljoen verzekerden. Veel van hen zijn aangesloten via hun werkgever. Daardoor heeft de zorgverzekeraar volgens Fijneman vanouds veel oog voor preventie. Logisch, op de werkvloer komen de baten van preventie ook terecht bij de partij die erin investeert: de werkgever.

“Voor werkgevers zetten we in op duurzame inzetbaarheid en vitaliteit. Dat vereist per sector een andere aanpak. In de consultancy is burn-out een groot risico onder jonge vrouwen, bij een busbedrijf heb je te maken met rugproblemen vanwege het lange zitten. Bij beide groepen wil je voorkomen dat mensen uitvallen. Je kunt een buschauffeur beter naar een fysiotherapeut laten gaan voor goede oefeningen dan naar een specialist voor een herniaoperatie.”

De maatschappelijke baten van preventie staan buiten kijf. Maar de zorg draait in eerste plaats op het behandelen van gezondheidsproblemen, niet op het voorkomen ervan. Waarom gaat preventie zo moeizaam?

“Wij hebben veel klanten in grote steden. Daar zie je dat veel gezondheidsproblemen sociale oorzaken hebben. Iemand komt met stampende hoofdpijn bij de huisarts en die kan vaak niet anders dan zo iemand het zorgcircuit insturen. Maar als de oorzaak van die hoofdpijn schulden zijn, dan heeft dat niet zoveel zin. Dan kun je die persoon misschien beter naar het buurthuis sturen, of laten praten met een financieel deskundige.

Dat soort preventie valt onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), en die zit bij gemeenten. De zorg valt onder de zorgverzekering en de Wet Langdurige Zorg. Die scheiding was lang erg sterk. Gemeenten betaalden voor preventie en zagen de voordelen bij ons terechtkomen. Wij werken daarom samen met grote gemeenten om die grenzen te slechten. We leggen dan allebei geld in voor experimenten op gebied van preventie. Een huisarts die gaat wandelen met zijn patiënt, een traject om af te vallen. Het werkt. Maar we moeten voor elk experiment toestemming vragen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. We mogen het nog niet grootschalig doen, zoals we graag zouden willen.”



GEORGETTE FIJNEMAN:
“WE MOETEN VOOR ELK
EXPERIMENT
TOESTEMMING VRAGEN”



Voor behandelen en verzorgen zijn afgesproken vergoedingen, voorkomen levert de zorgsector geen geld op.

“Van de 100 miljard die we nu jaarlijks uitgeven aan zorg, gaat eigenlijk niets naar preventie. Sinds een paar jaar valt de Gecombineerde Levensstijlinterventie (GLI) onder de basisverzekering: een preventieve aanpak voor mensen met overgewicht. Dat is het enige voorbeeld in de basisverzekering.

Je wilt dat de huisarts een veel breder palet kan aanbieden dan alleen zorg, want daar ligt vaak de oplossing niet. Een specialist wordt nu betaald voor een interventie, terwijl een goed gesprek zo’n interventie kan voorkomen. En dat hoeft niet eens met een specialist te zijn. Dat kan ook met een goed opgeleide verpleegkundige. Dan heb je minder specialisten nodig, of tenminste niet méér, bij de groeiende zorgvraag.”

WE KUNNEN EEN PREVENTIESTRUCTUUR ZO OPZETTEN, MAAR DAT MOGEN WE NU NIET

Wat moet er gebeuren om preventie binnen de zorg een belangrijker positie te geven?

“We kunnen een preventiestructuur zó opzetten, maar dat mogen we nu niet. We vragen niet om meer geld – ik denk dat meer preventie binnen het huidige budget moet passen – maar we willen meer mogelijkheden. Ruimte om succesvolle experimenten op te schalen, om gelden uit verschillende regelingen bij elkaar te leggen. Meer bevoegdheden, ook op terreinen buiten de directe zorg. Er valt veel winst te halen in het sociaal domein. Als je zaken als overgewicht, roken, drank, maar ook bijvoorbeeld schulden in een eerder stadium kunt aanpakken, kun je veel zorgvraag voorkomen.”

Dan ga je dus betalen voor het aanbieden van preventieve maatregelen. Maar hoe kun je het succes daarvan meten? Het is al zo moeilijk om een betrouwbare prijs voor een medische handeling vast te stellen.

“Dat is ook lastig. Is een afvaltraject mislukt als iemand niet tien kilo afvalt? Hoe meet je het effect van wandelingen met eenzame mensen? Dat zijn allemaal langetermijneffecten. Daar doen we die experimenten voor. Ik denk dat we daar wel uit komen.”

Zorgverzekeraars zijn al niet erg populair in Nederland. Ik denk dat weinig mensen zitten te wachten op een zorgverzekeraar die zich met hun persoonlijke levensstijl gaat bezighouden. Wat iemand eet of drinkt, zijn financiële huishouding.

“Wij zijn niet inhoudelijk betrokken bij wat een verzekerde doet, wij regelen de betaling. We kunnen suggesties doen aan gemeenten en zorgaanbieders als we zien dat bepaalde oplossingen in een regio goed werken, zoals we dat ook bij zorginitiatieven doen. Wij gaan mensen niet vertellen hoe ze moeten leven.”

In uw manifest schrijft u dat de zorgplicht van gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet verbreden naar een gezondheidsplicht. Heeft de burger niet zelf ook een gezondheidsplicht?

“Iedereen heeft een eigen verantwoordelijkheid, maar niet iedereen kan die eigen verantwoordelijkheid dragen. Wij gaan nooit zeggen ‘Jij mag dit niet meer’. Daar ligt een belangrijke rol voor bijvoorbeeld de specialist. Die kan mensen daarbij helpen, motiveren gezonder te leven.”

Bent u voor hardere overheidsmaatregelen op gebied van gezondheid. Een suikertax of vettax?

“Daar zijn wij geen voorstander van. Bovendien: daar gaan wij niet over.”

U gaat ook niet over sociale omstandigheden...

“Nee, maar daar hebben we wel mee te maken. Als iemand schulden heeft, betaalt hij ook zijn zorgverzekering niet en kan hij geen zorg uit de aanvullende verzekering gebruiken, terwijl dat misschien echt nodig is.”

Kan meer aandacht voor preventie de zorgkosten verlagen?

“Verlagen niet, wel in toom houden. De zorgvraag neemt toe door de vergrijzing. Als we niets doen, lopen we tegen de grenzen op. Financieel, maar ook in personeel. We hebben nu al te weinig mensen in de zorg. Dat is echt een beperkende factor.”

Het afgelopen jaar heeft in het teken van corona gestaan. Wat zijn de lessen die we daaruit kunnen trekken?

“Dat ons zorgstelsel werkt. We zijn in staat om onder dit soort extreme omstandigheden te blijven functioneren. We hebben er samen onze schouders onder gezet, de samenwerking in de keten is versterkt. We zagen dat een deel van de zorgvraag wegviel. Dat roept de vraag op of al die zorg ook echt noodzakelijk is.

DAT ROEPT DE VRAAG OP OF AL DIE ZORG OOK ECHT NOODZAKELIJK IS

Maar we hebben ook gemerkt dat bepaalde groepen in de samenleving extra kwetsbaar zijn. Dat de zorg zelf kwetsbaar is als het gaat om de hoeveelheid personeel. En dat digitalisering van de zorg werkt! We hebben grote stappen gezet in de digitalisering. Mensen zijn eraan gewend geraakt. Beeldbellen is normaal geworden. Daar moeten we mee door.”

Waarom is digitalisering zo belangrijk?

“Digitalisering kan enorm helpen de kosten te beteugelen. Je kunt met apps de gezondheid van bijvoorbeeld hartpatiënten volgen, maar ook mensen met diabetes of longaandoeningen, en ze alleen nog maar naar het ziekenhuis laten komen als de app aangeeft dat er echt iets aan de hand is. In plaats van standaardcontroles op momenten dat alles prima gaat. We moeten nu van experimenten naar structureel gebruik. Dat vereist aanpassingen bij ziekenhuizen en huisartsen, in de zorginfrastructuur, in de hele zorgketen. Mensen hebben recht op digitale zorg.”

Meer grip op de levensstijl én digitalisering. Preventie vereist vaak juist meer persoonlijk contact. Een wandeling met de huisarts werkt beter dan een wandelapp. Zit daar geen paradox?

“Dat is inderdaad een dilemma. Digitalisering komt het minste aan bij de groepen die het ‘t hardst nodig hebben. Maar het is ook een kwestie van creatieve oplossingen. Kijk naar de experimenten met knuffelrobots in verpleeghuizen. Het kan wel. En het zal wel moeten, gezien de arbeidsmarkt.”

HET IS OOK EEN KWESTIE VAN CREATIEVE OPLOSSINGEN

Bij het bestrijden van de coronacrisis was geld geen probleem. Bij een sluipende gezondheids crisis als obesitas of roken ligt dat heel anders. Daar is geen geld voor, of daar willen we niet ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer. Is dat niet frustrerend?

“Ik zie daar geen tegenstelling. We moeten een pandemie onderdrukken. Dan moet je alles op alles zetten. Dat is echt van een andere orde.”

Zorgverzekeraars hebben als belangrijke taak de zorgkosten te beperken. Daarom zijn ze tussen patiënt en zorgverlener ingezet. Het betekent wel dat u vaak de schuld krijgt.

“Wij zijn soms de boeman. Onze rol wordt niet altijd goed begrepen. Wij zijn er niet om winst te maken. Wij bepalen niet wat er in het basispakket zit. Wij moeten zorgen voor toegankelijkheid,



Georgette Fijneman (1966) studeerde economie aan de Erasmus Universiteit. Ze werkte als consultant bij Van Lanschot Bankiers. Daarna volgden SNS Bank, SNS Reaal en Zwitserleven. In 2016 kwam ze naar Achmea, waar ze sinds 2017 directievoorzitter is van zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Fijneman is lid van het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland en van het bestuur van Kansfonds.

betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Soms zeggen we nee. Omdat het nut van een behandeling niet is bewezen, of omdat we de zorg al elders hebben ingekocht. En ook zoiets: niet alles waar je baat bij hebt, wordt vergoed.”

Het is natuurlijk ook moeilijk te begrijpen dat partijen concurreren op een basispakket dat voor iedereen gelijk is en ook geen winst mogen maken. Een raar soort marktwerking.

“We hebben in Nederland een uniek zorgmodel waarbij private partijen in concurrentie een publieke functie uitvoeren zonder winstoogmerk. We houden elkaar wel scherp. Als VGZ iets nieuws bedenkt, dan wil ik dat ook. Als Menzis een mooi preventieprogramma heeft, kijk ik wat we daarvan kunnen leren. Juist die differentiatie zorgt ervoor dat we een zorgstelsel hebben dat internationaal heel goed scoort en toch betaalbaar is.”

Wat is binnen dat stelsel de rol van actuarissen?

“Ik kom uit de pensioenwereld, die is van de lange termijn. Vergeleken daarmee is de zorg kortcyclisch. Ik ben vreselijk blij met onze actuarissen. Ze helpen ons de juiste keuzes maken, solvabiliteit in de gaten houden en risico’s inventariseren. Juist omdat we maar één keer per jaar onze premies kunnen bijstellen, is het extra belangrijk dat alles klopt. Kan ‘t allemaal uit?”

Wat moet het nieuwe kabinet als prioriteit in de zorg hebben?

“Ik zou zeggen: zie ons manifest. Preventie, digitalisering, betere samenwerking in de keten. Met preventie was staatssecretaris Blokhuis al goed op weg. Er is echt iets aan het ontstaan. We zitten midden in de transitiefase, maar we moeten nu wel doorzetten.” ■