

# 'Alles is gezondheid'

20 februari 2016



***De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS ) heeft recent hun adviesrapport Consumenten e-health aangeboden. Als eerste wil ik u graag vragen naar uw reactie op dit rapport. En dan met in het achterhoofd de enorme explosie aan apparatuur en mogelijkheden die er nu voor consumenten beschikbaar komt.***

“Wat je ziet, is dat productinnovatie niet het probleem is. Dat is het ook nooit geweest en dat zal het ook nooit worden. We hebben steeds betere medicijnen, hulpmiddelen, apps, daar gaat de innovatie wel door. De belangrijkste hick-up ligt bij procesinnovatie. Ik zie zelf heel veel mogelijkheden om de zorg betaalbaarder te maken door je processen te innoveren. En tegelijkertijd kun je hiermee de patiënt meer vrijheid geven. Moet je iedere week naar het ziekenhuis, misschien wel terwijl je niet mobiel bent, of komt de hulpverlener naar jou toe? Of kun je dingen zelf onafhankelijk van het ziekenhuis doen? Vroeger heb ik naast een oudere dame gewoond. Haar man was bedlegerig. Hun dagindeling was afhankelijk van het rooster van de thuiszorg. Pas als hij zijn verzorging had gekregen, kon zij alledaagse bezigheden oppakken. Dat rooster heeft dus grote impact op het leven van die mensen.”

“In aardig wat andere branches zijn de processen al omgegooid, de reiswereld bijvoorbeeld. Puur omdat zij hiermee de wens van de consument volgen. In de zorg wordt de consumentenpower onderschat. Als we nu een omgeving creëren waarin iedereen over zijn eigen gegevens kan beschikken, dan heeft de consument dus de vrijheid om te kiezen waar hij naartoe gaat. Recent was er een onderzoek in het Algemeen Dagblad en daaruit blijkt dat de

mensen erg enthousiast zijn over het idee om zelf over die gegevens te beschikken. En dat verbaast me niets.”

### **Hoe komt het dan dat het in de zorg zoveel moeilijker lijkt om te innoveren?**

“In de zorgsector leeft nog steeds het idee dat de zorg voor de patiënt zorgt. De zorgverlener heeft dus de regie. Bij de nieuwe lichting zorgverleners is dat overigens anders; die zien wel in dat een patiënt zelf de regie wil hebben. Dan beslis je dus samen met de arts over wat jij belangrijk vindt. Dan laat je je werk en je hobby’s meewegen in je keuze voor een behandeling. De zorg is dat niet gewend, maar de wereld verandert. Ik waarschuw alleen: let op dat de samenleving niet sneller verandert dan jij. Dat gebeurt in iedere sector. Kijk naar de reiswereld of de taxiwereld. Daar is de gevestigde orde toch overvallen, ze hadden niet verwacht dat de wereld echt zou veranderen. Het is geen kwestie óf het gebeurt, het gaat gebeuren.”

### **Wat is uw visie op hoe we dat moeten aanpakken?**

“We moeten het zo organiseren de zorg betaalbaar blijft, ook bij stijgende vraag en mogelijkheden. Het moet niet zo zijn dat iedereen op basis van zijn eigen metingen uit ongerustheid de deur bij de dokter platloopt. De last op de zorg moet niet groter worden, maar zelfmetingen moeten juist bijdragen aan zelfredzaamheid. Daarom hebben we bijvoorbeeld een initiatief gesteund van verzekeraars, patiënten, artsen en wetenschappers. Ze gingen pre-competitief samenwerken om te kijken hoe ze de zelfredzaamheid van diabetespatiënten konden vergroten. Diabetes leent zich daar heel goed voor, want de patiënt moet zelf zijn waarden in de gaten houden en op basis daarvan insuline spuiten; het is de grootste doe-het-zelf-ziekte. Als je het zo aanpakt, zit je dus wél op het gebied van procesinnovatie.”

“De nieuwe technologieën maken het proces anders. Wat ik veel tegenkom, is not invented here - vrij vertaald: ik wil het niet gebruiken, want het komt van buitenaf. Nu mag ik in mijn werk overal lintjes knippen. Vaak gaat het om een introductie van een innovatieve oplossing. Bij dat soort gelegenheden ontmoet ik bijvoorbeeld patiënten die heel blij zijn met hun COPD-iPad - maar het wordt alleen lokaal uitgerold. Verzekeraars nemen deze slimme innovatie niet massaal over. Dat heeft te maken met drie oorzaken. Investeerders profiteren niet van de baten van de innovatie. En degenen die de omslag moeten maken, willen dat meestal niet, omdat het zwaartepunt van het proces dan bij hen wegschuift. Tot slot praten computersystemen nog vaak heel slecht met elkaar.”

### ***Innoveren is in de ogen van veel mensen dat de ander moet veranderen***

“Als je als telecomleverancier vast blijft houden aan het verkopen van telefoons met een draaischijf, dan moet je niet raar opkijken dat het slecht met je business gaat. De consument is de drijvende kracht en die bepaalt wat er verandert. Ik word regelmatig aangesproken over Total Body Scans of Pre-scans. Of ik die niet kan verbieden. Maar al die bedrijven zitten net over de grens in België of Duitsland en mensen blijven daar natuurlijk heen gaan. Ze rijden verder voor een pretpark, dus daar doe je niets aan. Ook de ontwikkeling van zelfmetingen wil ik niet tegenhouden, maar ombuigen. Hoe zorgen we dat we allemaal gebaat zijn bij zelfmetingen?”

**Een van de adviezen uit het rapport is de introductie van een keurmerk voor consumenten e-health. Voor grote bedrijven is dat iets wat ze er ‘gewoon even bij**

**doen'. Maar voor kleine creatieve bedrijven is dat lastig. Bent u een voorstander van een keurmerk?**

“Nee, ik ben bang dat het alleen maar betekent dat de inkopers er een afvinklijstje bij hebben. Dat betekent nóg meer bureaucratie. Daarnaast zegt een keurmerk zegt weinig over de output. Bovendien gaat een keurmerk altijd langzamer dan de ontwikkelingen zelf. Die kleine creatieve geesten lopen vast, ze komen er niet door. Het zou mogelijk moeten zijn dat mensen vanuit grote organisaties zoals het Radboud of het Erasmus voor zichzelf kunnen beginnen. Omdat ze zelf iets willen ontwikkelen, omdat ze zien dat het beter, goedkoper en patiëntvriendelijker kan. Een gezonde sector geeft ruimte aan nieuwkomers. Dat is ook voor de zorgverzekeraars een kans. Het is allemaal niet nieuw, maar het impliceert een ander verdienmodel.”

**Ik was onlangs weer in Toronto en daar heb je MaRS, een Innovation Hub, waar van de vierduizend man er duizend met gezondheidszorg bezig zijn. Ik mis zo'n MaRS of Silicon Valley cultuur op gebied van gezondheidszorg in Nederland.**

“Dat ben ik niet met je eens. Toen ik minister werd, ben ik gaan kijken wat we kunnen overnemen van Silicon Valley. En ik heb veel gesprekken gevoerd met studenten, om te kijken wat er nodig is voor innovatie. Als je dan nu kijkt wat er gebeurt in Delft of Wageningen is er wel degelijk iets veranderd. In Delft heb je nu YES! Delft Students, waar veel initiatieven uit voortkomen. Daarnaast vind ik uitwisseling van kennis en ervaring heel belangrijk. Recent was ik bij Matter in Chicago, dat is een incubator - broedplaats voor zorginnovaties. Dat was heel inspirerend. Ik wil daarom onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om ook in Nederland te starten met een innovatief, creatief netwerk om jonge start-up bedrijven in de zorg nog beter te ondersteunen. Niet door weer een instituut op te richten, maar door te kijken naar de mogelijkheden voor een nieuw ondersteunend netwerk.”

**Je hebt natuurlijk ook te maken met de marketing power van die start-ups in Silicon Valley. Wij leiden de mensen op en zij kopen de mensen weg. Hoe kunnen we die kennis hier houden en van zorginnovatie een exportproduct maken?**

“Voor innovatie is vanzelfsprekend financiering nodig. In Nederland krijgt iedereen zorg vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Het is lastig om in het pakket te komen. Om start-ups te faciliteren heb ik het mogelijk gemaakt dat je voorwaardelijk kan toetreden. Maar in gesprekken met start-ups bleek dat het remmend werkte dat dit maar eens per jaar kon. Daarom heb ik dat aangepast en nu kan je vier keer per jaar toetreden.”

**Zijn er nog andere barrières?**

“We lopen stuk op de hardnekkigheid van de praktijk. “Waarom koop je niet in met als voorwaarde dat de zorgverlener altijd moet voldoen aan de standaarden?” Dat is een vraag die ik heb gesteld aan de verzekeraars. In Nederland zijn er acht universitaire ziekenhuizen en slechts vier hebben hetzelfde systeem. Dat is echt een gemiste kans.”

**U heeft vorig jaar een brief over e-health geschreven, what's next?**

“Ik heb die brief samen met de Staatssecretaris geschreven om de sector duidelijk maken dat er versnelling moet komen. Dat moet gebeuren vanuit het perspectief van de patiënt. Binnenkort komt de eerste voortgangsrapportage en daar kijk ik naar uit, dan kijken we verder. De brief zelf had grote impact en nu is het zaak om snelheid te houden.”

**Even een andere vraag: Stel, er ligt op uw werkkamer aan de overkant een onbeschreven blad en u mag de zorg opnieuw gaan vormgeven. Wat zijn de eerste dingen die u zou aanpakken?**

“Standaardisatie, het werken vanuit een systeem, staat bij mij op nummer één. Gemakkelijke uitwisseling van gegevens is zó belangrijk. Daarom heb ik mij als Kamerlid al actief ingezet voor het Elektronisch Patiënten Dossier. Helaas is dat stukgelopen, maar daar heb ik wel een waardevolle les uit geleerd. Wat absoluut noodzakelijk is voor het slagen van elke innovatie, is dat de gebruikers – artsen én patiënten – er het voordeel van zien. Dat is meteen een mooi bruggetje naar nummer twee. Ik denk dat patiënten en artsen degenen zijn die moeten bepalen wat er gaat gebeuren. Bijvoorbeeld hoe innovaties bijdragen aan minder papierwerk en juist het dagelijkse werk verlichten.”

**En verder?**

“Wat ik niet wil, is dat mensen gestraft worden met een hogere premie als ze relatief ongezond zijn. Als je straks een genenpaspoort hebt, waarin staat dat jij aanleg hebt voor obesitas, dan moet het niet zo zijn dat je wordt afgerekend als je chocola eet. Of dat je een hogere premie betaalt als je rookt. Of dat je je Hiv-behandeling zelf moet betalen, omdat je onveilig hebt gevreeën. Op beperkte schaal doen we dat natuurlijk wel met het eigen risico. Jij betaalt maximaal € 350,- zelf. Als je gezond leeft, heb je dat eigen risico minder nodig.”

**Er komt steeds meer data. Is het niet logisch dat verzekeraars daar hun premie op gaan baseren? In de VS is er al een verzekeraars die slimme polsbandjes in ruil voor een lagere premie aan biedt.**

“Aan al die beschikbare data zit een positieve en een negatieve kant. De positieve kant is dat je het zelf kan gebruiken om gezonder te leven. Of dat je mensen erop kan wijzen dat ze gezonder kunnen leven. Een negatieve kant is dat verzekeraars het kunnen gaan gebruiken om onderscheid te maken. Dat wil ik niet.”

**Inmiddels is er zoveel data, die mensen ook met elkaar delen, dat een logische gevolgtrekking is dat de mensen die data vanzelf gaan gebruiken. Is dat een punt van aandacht voor u?**

“Ja, maar het is meer dan een probleem van je eigen vrije wil en van de zorgsector. Wat je gaat zien, is dat mensen druk op elkaar gaan uitoefenen. We zien nu al een verschil tussen hoger opgeleiden en sociaal economisch zwakkere groepen. In die laatste groepen zie je meer overgewicht, meer rokers en een meer ongezonde levensstijl. Tegelijkertijd kunnen die mensen nu al hun premie niet betalen. Die krijgen daarom een zorgtoeslag. Als je die mensen gaat beboeten, moet je aan hen meer zorgtoeslag geven, want anders hebben ze geen toegang meer tot zorg. Je hebt dus ook een sociaal-economische verdeling tussen de mensen die data op een positieve manier gebruiken en de mensen die dat niet doen.”

**Ik vind niet veel dingen creepy, maar dat verschil tussen die groepen vind ik creepy! Dit vraagt straks ook veel van onze democratie.**

“Je moet keuzes maken en daar volledig achter staan. Ik sta ervoor dat je levensstijl geen invloed mag hebben op de premie die je betaalt. Ik sta voor een politiek die heldere scheidslijnen trekt. Dat betekent niet dat we de technologische mogelijkheden niet moeten

benutten, maar dat we dat doen binnen grenzen. Je kunt het toch niet tegenhouden, mensen gebruiken Apps en andere toepassingen, dus moet je zorgen voor heldere kaders.”

**Toch vind ik dat het ondanks die vrijheid vaak niet snel genoeg gaat. Je ziet bijvoorbeeld bij Parkinson dat we aan allerlei touwtjes moeten trekken, terwijl we allemaal willen dat het verdienmodel op outcome gebaseerd wordt.**

“Er zijn wel degelijk mogelijkheden binnen de wet. We hebben namelijk een innovatieparagraaf. Dat betekent dat je dwars door alle kaders heen kan, als dat nodig is. Tegelijkertijd staan ziekenhuizen nu niet te juichen als ze taken moeten afstoten. Terwijl dat wel de logische weg is: een specialistisch ziekenhuis innoveert en op het moment dat het routine is, kunnen ze het afstoten. Bijvoorbeeld naar een streekziekenhuis. Op hun beurt kunnen die streekziekenhuizen routinematige handelingen afstoten naar de eerste lijn. Als de mensen het vervolgens zelf kunnen – al dan niet gesteund door techniek – stoten we het af naar de mensen thuis.”

**Preventie zit nog niet in het businessmodel, howcome?**

“Onzin, onzin! Wij betalen voor preventie bij de huisarts, in het inschrijftarief. Maar bijvoorbeeld ook via de Diagnose Behandel Combinatie dat wordt aangevuld door extra initiatieven. Dat is dus extra, dat kan nog beter. Het argument van verzekeraars dat ze de preventie voor de concurrent betalen, is ook onzin. In werkelijkheid stapt maar een paar procent van de mensen per jaar over. Meer dan 90% blijft zitten. Hoezo zou preventie dan niet lonen? Natuurlijk loont dat! Als je bijvoorbeeld mensen met diabetes meer laat bewegen, heb je direct minder kosten voor medicijnen. Ik vind alleen wel dat preventie te veel als een apart ding binnen zorg wordt neergezet. Preventie gebeurt overal. En er is meer mogelijk. Maar het is niet iets wat de overheid doet!

**Waarom moet je altijd zoeken naar de trap?**

Met die gedachte hebben we een programma opgezet: Alles is gezondheid. Want preventie gaat bijvoorbeeld over veilige fietspaden, zodat kinderen naar school kunnen fietsen. Het gaat over de voedselindustrie, waar we afspraken mee moeten maken over zout, vet en calorieën. Bij brood is het al gelukt om de hoeveelheid zout terug te dringen. Dus het kán wel. Scholen kunnen ook veel meer aandacht besteden aan bewegen. Waarom is er niet iedere dag gym? Tegelijkertijd zijn wij een van de weinige landen waar het percentage mensen met obesitas stabiel is en zelfs een beetje daalt. Maar er is nog zoveel wat wij met zijn allen kunnen doen. *Heb je de groene voetstappen beneden op de vloer gezien?*

**Ja, vanuit mijn ooghoeken...**

“Die voetstappen leiden naar de trappen. Want architecten ontwerpen gebouwen zo, dat je moet zoeken naar de trap en je vanzelf naar de lift wordt geleid. Draai dat nou eens om! Echt, alles is gezondheid.”

Coverstory artikel ICT&health editie Nr. 3-2015