

Vergaderjaar 1994–1995

**24 126**

## **Volkgezondheidsbeleid 1995–1998**

**Nr. 2**

**NOTA**

### **Inhoudsopgave**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Samenvatting</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1. Inleiding</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2. Een veranderend perspectief</b>   | <b>7</b>  |
| 2.1. De zorg in de verzorgingsstaat   | 7         |
| 2.2. Volksgezondheid en welzijn, een beeld in beweging                                | 10        |
| <b>3. Visie op volksgezondheid en welzijn</b>   | <b>14</b> |
| 3.1. Doelstellingen   | 14        |
| 3.2. Randvoorwaarden  | 16        |
| 3.3. Taken en verantwoordelijkheden   | 18        |
| <b>4. Bevorderen van gezondheid en voorkómen van ziekten</b>                          | <b>19</b> |
| 4.1. Voorkómen is beter dan genezen   | 20        |
| 4.2. Hoofdpijnen van beleid   | 22        |
| 4.3. Overzicht van beleidsvoornemens  | 27        |
| <b>5. Behandeling en zorg</b>   | <b>29</b> |
| 5.1. Doelmatigheid met flexibiliteit  | 29        |
| 5.2. Hoofdpijnen van beleid   | 33        |
| 5.3. Overzicht van beleidsvoornemens  | 35        |
| <b>6. Ondersteuning van het beleid</b>  | <b>37</b> |
| 6.1. Onderzoek  | 37        |
| 6.2. Informatievoorziening  | 39        |
| 6.3. Ramingsmethoden  | 40        |
| 6.4. Advisering   | 41        |
| 6.5. Arbeidsmarkt in de zorgsector  | 42        |
| 6.6. Immateriële wetgeving  | 43        |
| 6.7. Internationale aangelegenheden   | 44        |
| 6.8. Overzicht van beleidsvoornemens  | 45        |
| <b>Bijlagen</b>   |           |
| 1. Standpunt op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 1993                          | 47        |
| 2. Vóórkomen en kosten van zorggebruik voor enkele belangrijke ziekten en beperkingen | 49        |

## **SAMENVATTING**

De nota Gezond en Wel presenteert in kort bestek de beleidsvoornemens voor de volksgezondheid van het kabinet. Deze voornemens kwamen tot stand na zorgvuldige analyse van de huidige situatie en de relevante ontwikkelingen binnen en buiten de gezondheidszorg. De nota geeft een overzicht van de stappen die gezet zullen worden om, binnen de bestaande mogelijkheden, de volksgezondheid verder te verbeteren en de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorgvoorzieningen te blijven waarborgen.

De inwoners van Nederland hebben, gemiddeld genomen, een goede gezondheid en een in verhouding tot vele andere landen hoge levensverwachting en lage zuigelingensterfte. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (1993) is een gedetailleerd overzicht gegeven van gezondheid, ziekte en sterfte in Nederland. Deze goede gezondheid is voor een groot deel te danken aan een toenemend welvaartspeil en onderwijsniveau voor brede lagen van de bevolking en toegankelijke en kwalitatief hoogstaande voorzieningen voor preventie, medische behandeling en verzorging. Het kabinet wil deze gunstige situatie niet alleen handhaven, maar ook de mogelijkheden tot verdere verbetering maximaal benutten. Daarbij zal de aandacht zich ook specifiek richten op de bevolkingsgroepen die systematisch een slechtere gezondheid hebben (veelal mensen met een lage opleiding, laag inkomen en lage beroepsstatus, en sommige migrantengroepen). Dit streven vergt een samenhangende aanpak gericht op het beperken van de gezondheidsschade door omgevingsfactoren (in samenwerking met vele andere departementen), en het handhaven van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorgverlening. In het licht van de toenemende zorgbehoefte en de beperkte financiële ruimte zal dit gepaard moeten gaan met een aanzienlijke vergroting van de doelmatigheid in de zorgverlening. Een dergelijke samenhangende aanpak is niet alleen in het belang van de volksgezondheid, maar ook van onder meer de werkgelegenheid, verkeersveiligheid, en sociale cohesie.

Het streven naar een beperking van de gezondheidsschade door omgevingsfactoren komt tot uitdrukking in een aantal prioriteiten in preventie: ontmoediging van het tabaksgebruik, verbetering van de voeding, stimuleren van gezonde lichaamsbeweging, vergroten van de veiligheid privé, op het werk en op straat. Verder worden enige specifieke maatregelen getroffen ter versterking van de preventie van chronische ziekten en van de uitvoering van preventieactiviteiten in de eerste-lijnszorg. Dit integrale kabinetsbeleid komt tot uiting in het beleid van meerdere ministeries.

Dankzij de betere gezondheidstoestand wordt de inwoner van Nederland gemiddeld steeds ouder. De ouderen van nu zijn gemiddeld genomen vitaler en zelfredzamer dan ooit. Het overgrote deel van de ouderen (en ook van de mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap) woont zelfstandig thuis. Dat neemt niet weg dat met het toenemen van de gemiddelde leeftijd, ook de zorgbehoefte toeneemt. Maar niet alleen de verouderende bevolking is debet aan het feit dat de vraag naar gezondheidszorg sinds jaar en dag groeit. Ook zaken als de meer geavanceerde mogelijkheden voor behandeling, betere hulpmiddelen, hedendaagse normen van comfort, alsmede de toegenomen onveiligheid doen de vraag naar zorg stijgen. In het regeerakkoord is aangegeven dat de groei van de uitgaven in het kader van de volksgezondheid binnen verantwoorde grenzen dient te blijven. Dat verplicht tot een kritische beoordeling van de doelmatigheid van de bestaande hulpverlening en tot een zorgvuldige aanwending van de beschikbare middelen. Een gerichte beleidsinspanning tot het verhogen van de

doelmatigheid in nauwe afstemming met de beroepsbeoefenaren en de gebruikers, vormt dan ook een noodzakelijk onderdeel van dit beleidsprogramma. Daarnaast bestaan er bestuurlijke, juridische en personele randvoorwaarden die eisen stellen aan het optreden van de overheid en aan de beleidsinspanningen. Er bestaat brede overeenstemming over het uitgangspunt dat de overheid zich beperkt tot haar kerntaken. Uitvoerende taken liggen zo veel mogelijk bij de maatschappelijke organisaties en partijen buiten de overheid. Voor de gezondheidszorg betekent dat dat de overheid zelf verantwoordelijk blijft voor het vaststellen van de inhoud en de omvang van de aanspraken van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Ook draagt de overheid verantwoordelijkheid voor het beheersen van de kosten van die wettelijke verzekering, teneinde de toegang tot de zorgvoorzieningen, ook op termijn, niet in gevaar te brengen.

Ter ondersteuning van deze beleidsvoornemens treft het kabinet ook maatregelen op een aantal belendende onderwerpen: een thematische aansturing van het beleidsonderbouwende onderzoek; een verbetering van de informatievoorziening van het Ministerie van VWS; de ontwikkeling van een FOZ-breed ramingsmodel van gebruik en kosten van de zorg; een scherpere scheiding tussen advisering en overleg; en een Nederlandse inbreng in internationale organen die gericht is op meer samenhang en onderlinge samenwerking.

Deze Nota schetst de inhoudelijke visie op het zorgbeleid en de hoofdlijnen van de beleidsvoornemens. In de vorm van specifieke beleidsnota's wordt de uitwerking van deze hoofdlijnen aan de Kamer toegezonden.

## **HOOFDSTUK 1 INLEIDING**

«Gezond en wel»-zijn is voor iedereen belangrijk. Het kabinet wil zich ervoor inspannen dat zo veel mogelijk mensen zo lang mogelijk gezond blijven en actief deelnemen aan de maatschappij. De nadruk ligt daarbij op het voorkómen van ziekten en vroegtijdige sterfte, en het garanderen van de toegankelijkheid en kwaliteit van de noodzakelijke zorgvoorzieningen. Voor degenen met een langdurige ziekte of handicap concentreert de beleidsinspanning zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven en het bevorderen van actieve participatie in de samenleving.

Deze nota bevat de voornemens over de vormgeving van deze inspanning. De voornemens zijn ingebed in de maatschappelijke en politieke ontwikkelingen buiten en binnen het zorgterrein. Buiten het zorgterrein gaat het daarbij vooral om veranderingen in de inrichting van de verzorgingsstaat en in de samenstelling van de bevolking: meer ouderen en meer complexe cultuurpatronen. Daarnaast laten ook het terugdringen van het financieringstekort bij de overheid en het verlagen van de kosten van arbeid de zorg voor volksgezondheid en welzijn niet onberoerd. Binnen het zorgterrein blijken de toegenomen welvaart en de zorgverlening de levensverwachting te verlengen en de kwaliteit van leven te verbeteren. De ouderen van nu zijn steeds vaker tot op hoge leeftijd vitaal en ondernemend. Voor degenen die op hulp zijn aangevoelen bestaan steeds meer mogelijkheden tot vermindering van lichamelijke, psychische en sociale beperkingen.

Het beleidsterrein van zorg en aandacht staat daarmee middenin de maatschappij. De wisselwerking tussen gezondheidstoestand en zorgvoorzieningen enerzijds en omstandigheden als voeding, arbeid of werkloosheid, veiligheid en onderwijs anderzijds, verdient daarbij aandacht. Op haar beurt is de zorg er niet alleen om te voorzien in de

behoefte aan bescherming van de gezondheid en in de behandeling en verzorging van zieken. De productie van zorg vormt ook een omvangrijke economische sector waarin veel geld omgaat en een groot aantal mensen een zinvolle werkplek vindt.

De uitgaven aan zorgvoorzieningen vormen, zo bezien, niet zonder meer een nationale schadepost. Het zijn niet alleen «reparatiekosten», maar ook investeringen. Preventie, behandeling en verzorging dragen niet alleen bij aan een grotere zelfstandigheid, een langer leven en toenemende vitaliteit; ze verminderen ook het ziekteverzuim en stimuleren de economische bedrijvigheid, werkgelegenheid en sociale samenhang.

In het regeerakkoord is aangegeven dat de groei van de uitgaven in het kader van de volksgezondheid binnen verantwoorde grenzen dient te blijven. Toch blijft er behoefte aan voldoende ruimte voor groei om het effect op te vangen van, onder meer, een verouderende bevolking en de toepassing van nieuwe medische mogelijkheden. Alleen met een strak programma van beheerste volumegroei en kostenbeperking hoopt het kabinet voldoende ruimte te creëren om aan deze behoefte tegemoet te komen.

Deze visie op gezondheid, welzijn en zorg vereist een samenhangende aanpak. Deze nota legt in dat verband de nadruk op een paar algemene uitgangspunten:

1. het verminderen van de ziektelast in de samenleving zal ondanks verdere verbeteringen van de doelmatigheid in de zorg hoge kosten met zich mee blijven brengen; de toename van deze kosten moet zich binnen vastgestelde kaders bewegen;
2. de noodzakelijke zorg moet ook op termijn toegankelijk en van goede kwaliteit blijven;
3. de bestedingen aan zorg dragen bij aan de economische bedrijvigheid, werkgelegenheid en sociale samenhang;
4. een verdere verbetering van gezondheid en welzijn kan bereikt worden door het tegengaan van schadelijke omgevingsfactoren en het stimuleren van gezond gedrag;
5. een gecoördineerde inspanning tussen het Ministerie van VWS en andere departementen is daarvoor noodzakelijk.

De nota bevat een samenhangend kader voor de beleidsvoornemens in deze kabinetsperiode. De belangrijkste doelstellingen van het beleid worden daarbij gepositioneerd binnen financiële, bestuurlijke en wetgevende marges en uitgewerkt naar hun consequenties voor preventie- en zorgbeleid. Hoofdstuk 2 geeft een schets van de uitgangssituatie en van de belangrijkste ontwikkelingen voor gezondheid, welzijn en zorg. Zowel de relatie tussen maatschappelijke ontwikkelingen en het zorgterrein, als de gezondheidstoestand van de inwoners van Nederland komen daarbij aan de orde. Hoofdstuk 3 geeft de algemene visie weer van het kabinet op het zorgbeleid. Daarbij gaat de nota in op de doelstellingen en randvoorwaarden van het beleid en de rol daarbinnen van de rijksoverheid en van belanghebbenden. De accenten van het beleid voor het bevorderen van gezondheid en welzijn, en preventie van ziekten zijn in hoofdstuk 4 uitgewerkt, en die voor de curatieve zorg en de langdurige verpleging en verzorging in hoofdstuk 5. Tenslotte gaat hoofdstuk 6 in op de ondersteuning van het beleid door onderzoek, informatievoorziening, ramingsmethoden en advisering; en op de arbeidsmarkt in de zorg, de immateriële wetgeving en internationale zaken als onderwerpen van belang voor het zorgbeleid. Het kabinet neemt in deze nota ook een standpunt in op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van 1993. Dit standpunt is weergegeven in bijlage 1.

Het beleidskader dat in deze Nota is aangekondigd, is uitgewerkt in andere beleidsdocumenten. De belangrijkste daarvan gaan in op de kostenbeheersing en volumebeperking, het bestuurlijk en wetgevend programma, de modernisering van de curatieve zorg, het scheiden van wonen en zorg voor langdurig hulpbehoevenden en de arbeidsmarkt in de zorgsector.

## **HOOFDSTUK 2 EEN VERANDEREND PERSPECTIEF**

Niet eerder beschikte een kabinet over drie gezaghebbende publikaties met een verkenning van de toekomst op brede themagebieden. In 1992 presenteerde het Centraal Planbureau met Nederland in drievoud een toekomstverkenning van de Nederlandse economie; in 1993 publiceerde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV); en in 1994 verscheen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau het Sociaal en Cultureel Rapport 1994 (SCR) met als thema de toekomst. Samen bieden deze publikaties een overzicht van ontwikkelingen die ook op het terrein van gezondheid en welzijn doorklinken en die een kwantitatieve onderbouwing van beleidsbeslissingen mogelijk maken.

Dit hoofdstuk schetst de uitgangssituatie en gaat in op de belangrijkste ontwikkelingen die in genoemde rapporten zijn beschreven voor zover die relevant zijn voor gezondheid en welzijn. Deze vormen de omgeving en het onderwerp van het beleid voor volksgezondheid en welzijn van de komende jaren. Volksgezondheid en welzijn hangen nauw met elkaar samen: er bestaat een krachtige wisselwerking tussen beide en er zijn nogal wat factoren die beide beïnvloeden. Zo bieden een harmonieuze leefomgeving met voldoende mogelijkheden voor zelfontplooiing en sociale contacten een stimulans voor een langer en gezonder leven. Daarentegen kunnen langdurige aandoeningen een beperking vormen voor maatschappelijke participatie en zelfontplooiing. Het welvaartspeil, onderwijs en arbeid zijn factoren met een sterke invloed op zowel gezondheid als welzijn. Het beeld dat hiervan in de volgende paragrafen geschetst wordt, blijkt een bewegend beeld te zijn. Positieve ontwikkelingen treden gelijktijdig op met signalen die alerte aandacht vergen.

Het maken van beleid is een min of meer continu, cyclisch proces. Ideaaltypisch kunnen daarbij verschillende fasen onderscheiden worden: het verzamelen en analyseren van informatie (bijvoorbeeld in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning); het beleidsmatig beoordelen van deze analyses; het voorbereiden en ontwikkelen van beleid; de uitvoering; de evaluatie. De evaluatie van beleid is op haar beurt weer de start van een nieuwe ronde in de beleidscyclus. In dit hoofdstuk komt de eerste fase, de objectieve analyse van gegevens, aan de orde. Op grond van deze objectieve informatie heeft het kabinet beargumenteerd prioriteiten gesteld voor het beleid. Deze prioriteiten en de uitvoering daarvan zijn uitgewerkt in de hoofdstukken 4, 5 en 6.

### **2.1. De zorg in de verzorgingsstaat**

#### *Welvaartspeil en onderwijsniveau*

Het welvaartspeil van de Nederlandse bevolking heeft zich de laatste decennia overwegend in opwaartse zin ontwikkeld. Het gemiddelde inkomen nam vrijwel continu toe en parallel daaraan nam het volume van de totale particuliere consumptie toe (in de periode tussen 1966 en 1990 met gemiddeld 3,2% per jaar). Comfort en consumptiepatronen die aanvankelijk als luxe golden, zoals een auto, kleurentelevisie, video,

vakantie, buitenshuis eten, een badkamer met douche, zijn binnen het bereik van brede lagen van de bevolking gekomen. Deze gunstige economische situatie heeft ook ruimte geschapen voor nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Dit heeft geleid tot steeds hogere verwachtingen bij de burger van het medisch kunnen.

Het aantal onderwijsjaren van de Nederlandse bevolking is de laatste decennia sterk toegenomen. Gemiddeld is deze bij het verlaten van het dagonderwijs gestegen van 8,9 jaar in 1961 tot 12,6 jaar in 1990. Vooral de onderwijsparticipatie van vrouwen groeide in die periode spectaculair en was in 1991 praktisch gelijk aan die van mannen. De invloed van het milieu van herkomst op de schoolloopbaan is sinds de jaren vijftig gereduceerd, maar is niet verdwenen.

In alle studies is een positief verband gevonden tussen mate van scholing enerzijds en gezondheidstoestand en welzijn anderzijds. Van de toegenomen scholing kan dus een gunstig effect verwacht worden. Bovendien zijn hoger geschoolden over het algemeen beter geïnformeerd over het aanbod aan zorgvoorzieningen, waardoor zij een mondiger partij worden in het vaststellen van hun behoefte aan zorg. Ook schept een hoger onderwijsniveau een betere uitgangssituatie voor zelfontplooiing en maatschappelijke participatie.

### *Arbeid*

De participatie op de arbeidsmarkt in Nederland is relatief laag. Tegelijkertijd is de inkomensverdeling als gevolg van het fiscale stelsel en het systeem van sociale zekerheid, ten opzichte van andere landen tamelijk genivelleerd. Voor alle ingezetenen van Nederland bestaat een systeem van regelingen gericht op het garanderen van bestaanszekerheid, zoals bij inkomensderving wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid, ouderdomspensioenen en werkloosheid. Sinds het midden van de jaren zeventig heeft de sociale zekerheid een vrij constant aandeel van zo'n 44% in de collectieve uitgaven en een licht stijgend aandeel (van rond de 26% in 1975 tot rond de 31% in 1993) in het netto nationaal product. Ondanks dit vrij constante aandeel baren de genoemde regelingen zorgen, omdat het aantal mensen dat gebruik maakt van de regelingen sterker toeneemt dan het financiële draagvlak. Bij wet<sup>1</sup> zijn maatregelen genomen om werkgevers en werknemers aan te sporen tot zuiniger gebruik van de sociale zekerheid. Ook is bij wet<sup>2</sup> de zorg voor arbeidsomstandigheden (arbo-zorg) voor alle werknemers in Nederland per 1 januari 1998 verplicht gesteld. Hiervan kan een vermindering van gezondheidsproblemen als gevolg van arbeid verwacht worden en daarmee een vermindering van een beroep op de ziektewet en Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO).

Het kabinet beoogt het aantal mensen met betaald werk te vergroten. Een grotere arbeidsparticipatie bevordert de maatschappelijke samenhang en heeft een gunstige invloed op gezondheid en welbevinden. Arbeidsparticipatie is de beste garantie voor maatschappelijke participatie. Mensen zonder betaald werk blijken vaker een lage sociaal-economische status te hebben, en daarmee samenhangend, meer ongezonde leefgewoonten en -omstandigheden, meer gezondheidsklachten, hoger gebruik van zorgvoorzieningen en een kortere gezonde levensverwachting. Het vergroten van de arbeidsparticipatie kan dan ook een bijdrage leveren aan het doorbreken van de vicieuze cirkel tussen het niet-hebben van betaald werk en het hebben van gezondheidsklachten. Vooral het stimuleren van de arbeidsparticipatie van chronisch zieken en gehandicapten is daarbij van belang. Hoofdstuk 4 gaat hier nader op in.

---

<sup>1</sup> De drie zogenaamde «terugdringingswetten»: Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV), Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) en Terugdringing Ziekteverzuim (TZ).

<sup>2</sup> Wet Terugdringing Ziekteverzuim en de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet).

## *De zorg als economische sector*

De zorgsector is een omvangrijke bedrijfstak. Er gaat in 1995 bijna 60 miljard gulden in om; dat is zo'n f 4000 per persoon per jaar, ruim f 300 per persoon per maand. De totale (directe en indirecte) uitgaven van ieder huishouden aan zorgvoorzieningen komen daarmee in dezelfde orde van grootte als die aan huisvesting. Weinigen realiseren zich hoe hoog de totale zorgkosten zijn, en weinigen vragen zich bewust af of ze wel altijd voldoende waar voor dit vele geld krijgen.

**Tabel 1 Uitgaven aan zorgvoorzieningen (in miljoenen guldens)**

| rubriek                           | f      | %   |
|-----------------------------------|--------|-----|
| ziekenhuis, specialisten, vervoer | 19 822 | 33  |
| geestelijke gezondheidszorg       | 4 193  | 7   |
| gehandicaptenzorg                 | 5 256  | 9   |
| ouderenzorg                       | 10 957 | 18  |
| huis- en tandartsen, thuiszorg    | 8 749  | 15  |
| geneesmiddelen, hulpmiddelen      | 6 468  | 11  |
| preventieve zorg                  | 879    | 7   |
| beleid, beheer, diversen          | 3 030  | 5   |
| Totaal                            | 59 355 | 100 |

De branche biedt veel werkgelegenheid, ook aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Ongeveer 1 op de 9 werkenden heeft een baan in de zorgsector: in 1992 verrichtten ongeveer 650 000 personen 12 uur of meer per week betaald werk in zorgberoepen. Van de beroepsgroep werkt 76% in de verpleging of verzorging, 9% als assistent, 9% als arts, tandarts of apotheker en 6% in de paramedische beroepen. Ruim 94% van de werkenden in de zorg is in loondienst, en een kleine 6% is vrij-gevestigd. Paragraaf 6.5. gaat verder in op de werkgelegenheid in de zorgsector gedurende deze kabinetsperiode.

### *De inrichting van de verzorgingsstaat*

De inrichting van de verzorgingsstaat bepaalt voor een groot deel de marges waarbinnen het zorgbeleid zich kan bewegen. De verzorgingsstaat is de laatste decennia een systeem geworden dat voor individuen een garantie op zorg en ontplooiing biedt, en waarvan arbeidsproductiviteit, sociale stabiliteit en werkgelegenheid konden profiteren. Ondertussen groeit het besef dat de verzorgingsstaat zoals die in Nederland gestalte heeft gekregen niet alleen maar voordelen met zich meebrengt: heeft de uitvoering van de diverse verzorgingsarrangementen niet óók geleid tot een institutioneel bestel dat in sommige opzichten verstarrend werkt, mensen het initiatief ontnemt en gedragsreacties uitlokt die niet bedoeld waren toen de regelingen in het leven werden geroepen, en dat bovendien onbetaalbaar dreigt te worden?

In Nederland in drievoud constateert het Centraal Planbureau (CPB) dat in het Nederlandse zorgsysteem het streven naar toegankelijkheid op basis van solidariteit overheerst; een uitgangspunt dat in de Nederlandse samenleving in beginsel op brede steun kan rekenen. Tegelijkertijd constateert het CPB dat binnen het zorgstelsel de mechanismen ontbreken die een maatschappelijk gewenste doelmatigheid kunnen genereren. Patiënten en consumenten kunnen nauwelijks afwegingen op micro-niveau maken. Verzekeraars ondervinden weinig prikkels tot een zo doelmatig mogelijke inzet van middelen. Zij hebben weinig mogelijkheden om over volume en tarieven te onderhandelen. De autonome positie van zorg-aanbieders en het gesloten karakter van de beroepsorganisaties van

artsen, tandartsen en apothekers brengt met zich mee dat zij nog onvoldoende letten op noodzakelijkheid, werkzaamheid en doelmatigheid. Het ontbreekt het zorgstelsel dus aan prikkels tot marktgericht handelen met kennis van vraag en aanbod.

De uitkomst van de discussie die maatschappelijk en politiek gevoerd wordt over de noodzaak tot aanpassing van de inrichting van de verzorgingsstaat aan de eisen des tijds en aan de betaalbaarheid op termijn, heeft verregaande consequenties voor het zorgstelsel. Voor de gezondheid en de zorg is het een goede zaak dat ook op termijn zowel de bestaanszekerheid als de noodzakelijke zorgvoorzieningen gegarandeerd blijven voor alle inwoners van Nederland. Dit biedt ook een gunstiger perspectief voor het reduceren van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Voor de organisatie van het zorgstelsel zal dat onder meer inhouden dat er mechanismen geïntroduceerd moeten worden die de nu nog suboptimale efficiency en doelmatigheid verhogen.

## **2.2. Volksgezondheid en welzijn, een beeld in beweging**

### *Gezondheidstoestand*

De inwoners van Nederland hebben, gemiddeld gezien, een goede gezondheid en een, in verhouding tot vele andere landen, uitstekend overlevingsperspectief voor de meeste ziekten. De levensverwachting is sinds 1950 toegenomen bij mannen van 70,4 jaar tot 73,8 jaar en bij vrouwen van 72,7 tot 80,1 jaar, één van de hoogste ter wereld. Volgens gegevens van de WHO was in 1991 de zuigelingensterfte met 6,5 per duizend levendgeborenen, de laagste van de lidstaten van de Europese Unie. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verwacht dat de levensverwachting in 2010 gestegen zal zijn tot 75,0 jaar voor mannen en 81,5 jaar voor vrouwen.

De hoge levensverwachting brengt een veroudering van de bevolking met zich mee, dat wil zeggen dat een steeds groter deel van de bevolking ouder dan 65 jaar is. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) heeft berekend welke gevolgen de geleidelijke veroudering van de bevolking heeft op het voorkomen van ziekten. De ziekten die meestal op hogere leeftijd voorkomen zullen sterker toenemen dan ziekten die vaker bij de jeugd voorkomen. In bijlage 2, tabel 2 is dit geïllustreerd met cijfers. Daaruit blijkt dat het aantal mensen met chronische aandoeningen de komende twintig jaar zal toenemen met tussen de 25% en de 40%, dit is een toename van rond de 1,4 % per jaar.

De toename van het aantal personen met ziekten of handicaps hangt uiteraard van veel meer factoren af dan alleen de leeftijdsopbouw van de bevolking. De feitelijke ontwikkeling hangt samen met een groot aantal, deels bekende en deels onbekende, factoren. Van de bekende factoren is een deel tot op zekere hoogte direct te beïnvloeden door de burger zelf (zoals roken, voeding, alcoholgebruik, persoonlijke hygiëne, lichaamsbeweging). Een deel van die factoren is in het algemeen gesproken moeilijk beïnvloedbaar (zoals milieu-omstandigheden of sociaal-economische status) en een deel niet of nauwelijks (zoals de erfelijke aanleg). In zijn commentaar op VTV gaat de Gezondheidsraad in op de vermijdbaarheid van ziekten en adviseert dit voor het beleid zo belangrijke aspect in een volgende uitgave van VTV nader uit te werken. Dit advies is in de opdracht tot het samenstellen van de VTV-editie van 1997 overgenomen (zie bijlage 1).

Hoewel precieze gegevens ontbreken, lijken er voldoende aanwijzingen te zijn dat de vitaliteit, zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van langdurig zieken, gehandicapten en ouderen toeneemt. Dat lijkt in



tegenspraak met het voorgaande, maar is het niet: het aantal ouderen neemt toe, en daarmee het aantal mensen met langdurige aandoeningen. Deze kunnen met de huidige kennis vaak niet genezen worden. Wél kunnen bijbehorende lichamelijke, psychische of maatschappelijke beperkingen tegenwoordig steeds beter bestreden worden. Medische ingrepen zoals staar- en heupoperaties; farmaceutische producten als psychofarmaca en insulinepompjes; thuiszorgtechnologie ter ondersteuning van verpleging en verzorging thuis; aanpassingen in gebouwen voor rolstoelgebruikers; geluidsignalen bij stoplichten ten behoeve van blinden; alle dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van het bestaan van mensen met een chronische ziekte of handicap.

### *Sociaal-economische gezondheidsverschillen<sup>3</sup>*

De kansen op een lang en gezond leven zijn niet voor alle bevolkingsgroepen gelijk. Het onderzoek dat in het kader van de Programmacommissie Sociaal-economische Gezondheidsverschillen (de commissie-Ginjaar) is uitgevoerd in de periode 1988–1993, wijst uit dat de ongezondheid stelselmatig toeneemt naarmate het opleidings-, beroeps- of inkomensniveau lager is. Een groot aantal gezondheidsproblemen (langdurige aandoeningen, ernstige lichamelijke beperkingen, gezondheidsklachten) komt bij de groeperingen met een lagere opleiding ongeveer twee keer zo vaak voor als bij groeperingen met een hogere opleiding<sup>4</sup>. Onder langdurig werklozen is veelal sprake van mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. De combinatie van een relatief slechte gezondheid, minder kans op werk en laag opleidingsniveau, vormen een risico voor sociaal isolement. Het verschil in gezonde levensverwachting (dit is het aantal jaren dat gemiddeld in gezondheid en zonder functie-beperkingen wordt doorgebracht) tussen mannen met een hogere en lagere opleiding bedraagt momenteel zo'n 12 jaar. Sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn thans veel kleiner dan in de eerste helft van deze eeuw en zijn ook internationaal gezien vrij klein. Dat neemt niet weg dat het kabinet van mening is dat genoemde verschillen dermate groot zijn, dat specifiek beleid gericht op het verminderen ervan hoge prioriteit verdient. Sterker nog, een verdere verbetering van de gezondheidstoestand zal waarschijnlijk alleen bereikt kunnen worden als vooral de gezondheidstoestand van de groeperingen in een ongunstige sociaal-economische situatie verbetert. Het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen door gerichte preventie-activiteiten en het garanderen van de toegankelijkheid van noodzakelijke zorgvoorzieningen vormt dan ook een belangrijk onderdeel van het volksgezondheidsbeleid. Dit wordt in de hoofdstukken 3, 4 en 5 nader uitgewerkt. Aangezien sociaal-economische gezondheidsverschillen zich het duidelijkst manifesteren in de grote steden, zal ook bij de uitwerking van het «grote steden beleid» het terugdringen van dergelijke verschillen aan de orde gesteld worden. In dit verband is het toe te juichen dat het ontwikkelen van integraal beleid met betrekking tot de grote steden, waarin ook het zorgbeleid een plaats heeft gevonden, gecoördineerd wordt door één bewindspersoon.

### *Immigranten*

Immigranten vormen een bevolkingsgroep die de laatste decennia sterk in aantal is toegenomen. Deze bevolkingsgroep is zodanig gevarieerd in samenstelling naar herkomst en sociale status dat nauwelijks iets te zeggen valt over haar specifieke gezondheidstoestand. Betrouwbaar onderzoek vergt een nauwgezette steekproef van de te vergelijken bevolkingsgroepen, waarin niet alleen leeftijd en geslacht, maar ook sociaal-economische status vergelijkbaar moeten zijn. Feit is dat over de gezondheidstoestand van veel immigrantengroepen nog maar weinig

<sup>3</sup> «Ook naar sociaal-economische categorie loopt de vraag naar zorg zeer uiteen. Uit het beschikbare materiaal blijkt dat mensen met lagere inkomens en lager opgeleiden minder gezond zijn en een groter beroep op gezondheidszorg doen. Ook blijkt dat voor ziekenfondsverzekerden meer kosten gemaakt worden dan voor particulier verzekerden. Deze verschillen ontstaan mogelijk doordat een slechtere gezondheid een oorzaak kan zijn van een lagere opleiding en een lager inkomen, maar ook sociaal-culturele factoren kunnen een rol spelen. Grote gezondheidsrisico's komen relatief meer voor onder ziekenfondsverzekerden. Dat wordt wellicht nog versterkt doordat het ziekenfonds alleen geldt voor werknemers in het bedrijfsleven en niet voor ambtenaren, die minder specifieke gezondheidsrisico's lopen. Uit onderzoek blijkt dat de behoefte aan gezondheidszorg onder lagere inkomensgroepen hoger is. Ook geldt dat ouderen in het ziekenfonds zijn oververtegenwoordigd.» CPB, Nederland in drievoud, SDU Uitgeverij, Den Haag, 1992.

<sup>4</sup> Mackenbach, J.P., Ongezonde verschillen; over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Van Gorcum, Assen, 1994. Delen 1 t/m 16 van de reeks Sociaal-economische gezondheidsverschillen, verslagen van onderzoek uitgevoerd in het kader van het gelijknamige onderzoeksprogramma.

bekend is. De beschikbare onderzoeksresultaten duiden erop dat immigranten die tot de hogere sociaal-economische lagen behoren, een gezondheidstoestand hebben die gemiddeld nauwelijks afwijkt van die van Nederlanders met een vergelijkbare sociaal-economische status.

Onderzoek naar de eventuele verschillen in gezondheidstoestand naar etnische herkomst is vooral gedaan bij Surinamers, Antillianen, Turken en Marokkanen<sup>5</sup>. De gezondheidstoestand van Surinamers en Antillianen blijkt in grote lijnen overeen te komen met die van Nederlanders met vergelijkbare levensstandaard. De vergelijking tussen de gezondheid van Nederlanders en die van immigranten van Turkse en Marokkaanse afkomst, valt in het algemeen ongunstig uit voor laatstgenoemden. Turken zijn binnen elke sociale laag gemiddeld ongezonder dan Nederlanders. De sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen tot 15 jaar is twee- tot driemaal zo hoog als onder autochtone kinderen. Infectieziekten, aandoeningen rond de geboorte en uitwendige oorzaken van letsel spelen daarbij een belangrijke rol. De sterftcijfers bij mensen van middelbare leeftijd wijken daarentegen niet veel af van het Nederlandse gemiddelde. Bij de eerste generatie immigranten lijkt de gezondheidssituatie bij een langer verblijf in Nederland eerder slechter dan beter te worden. Bij volgende generaties worden de verschillen met Nederlanders uit vergelijkbare sociaal-economische lagen geleidelijk kleiner, parallel aan het feit dat ook de mate van «immigrant-zijn» of «zich-immigrant-voelen» kleiner wordt.

De reguliere zorgvoorzieningen behoren in beginsel voldoende flexibel te zijn om te voorzien in de zorgbehoefte van mensen met een etnische afkomst van elders. Dit geldt zowel voor immigranten die hier al langer wonen als voor nieuwkomers en asielzoekers. Zorgverleners behoren er alert op te zijn dat mensen van buitenlandse komaf soms een ander beleving hebben van gezondheid, ziekte en sterfte. Ook het somatiseren van psychische aandoeningen, of juist het psychologiseren van lichamelijke aandoeningen, gebeurt bij mensen met een andere cultuur soms op een andere wijze dan Nederlanders gewend zijn. Soms kan het noodzakelijk zijn om gericht aandacht te schenken aan het oplossen van specifieke knelpunten. Voor het slechten van taalbarrières zullen tolkendiensten moeten blijven bestaan en beter benut moeten worden. De medische opvang van net-aangekomen asielzoekers en vluchtelingen moet in beginsel in het reguliere zorgaanbod plaatsvinden (GGD-en voor het opsporen van infectie-ziekten als tbc, en huisartsen en ziekenhuizen voor behandeling). Aangezien de immigranten-groepen met de grootste gezondheidsproblemen vaak in verpauperde wijken van de grote steden wonen, zullen integrale, gerichte preventieprogramma's en specifieke diensten zich veelal in het kader van het grote-steden-beleid kunnen ontwikkelen.

Het kabinet vindt het wenselijk dat mensen van buitenlandse afkomst in toenemende mate werk vinden binnen de zorgsector. Dit komt niet alleen ten goede aan het begrip voor andere patronen van beleving van ziekte en sterfte; het draagt tevens bij aan het vergroten van de arbeidsparticipatie van etnische minderheden. Paragraaf 6.5. gaat hier nader op in.

#### *Dak- en thuislozen*

Niet alle inwoners van Nederland komen in beeld in genoemde informatiebronnen. Er zijn bevolkingsgroepen aan de rand van de samenleving die niet, of maar voor een klein deel, zijn opgenomen in de statistieken. Het gaat hierbij vooral om de dak- en thuislozen en de mensen die zonder verblijfsvergunning woonachtig zijn in Nederland. Over het aantal dak- en thuislozen bestaan schattingen<sup>6</sup>. Zij zijn, voor zover zij ingezetenen zijn van Nederland en een postadres hebben, veelal opgenomen in het ziekenfonds. Zwervers zonder postadres, en dus ook

<sup>5</sup> C. König-Zahn e.a. Gezondheid en bestaansonzekerheid in Nederland. Literatuurstudie naar de gezondheidssituatie van allochtonen, langdurig werklozen, langdurig arbeidsongeschikten en thuislozen, Reeks Sociaal-economische gezondheidsverschillen, Ministerie van WVC, 1993.

<sup>6</sup> De Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak schat het aantal thuislozen tussen de 50 000 en de 100 000. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten gaat uit van circa 17 300 tot 24 300 personen die op een peildatum in 1989 gebruik hebben gemaakt van opvanginstellingen en pensions. Schattingen op grond van het Prognostisch Landelijk Onderzoek Thuislozen en Thuislozenzorg gaan uit van een toename van circa 30 000 in 1989 tot ruim 53 000 in 2001. Naar schatting heeft 30 tot 50% van de thuislozen psychische stoornissen.

Gegevens uit: Wennink, J. en J. van Weeghel, Thuisloosheid en psychische stoornissen, NcGv, Utrecht, 1993.

N.B. De voorspelde toename is overigens gebaseerd op maatschappelijke omstandigheden die sterk in beweging zijn. De Gezondheidsraad gaat in zijn advies in op de gehanteerde vooronderstellingen en brengt binnenkort nieuwe schattingen uit.

zonder uitkering, lopen veelal onverzekerd rond. Zij worden in noodgevallen wel behandeld in de reguliere zorgvoorzieningen. Het kabinet ziet een advies van de Gezondheidsraad over aantallen, leefomstandigheden en gezondheidsproblemen van dak- en thuislozen met belangstelling tegemoet.

### *Illegalen*

Weinig is bekend over buitenlanders die zonder verblijfstitel in Nederland woonachtig zijn, over hun aantal, hun leefsituatie, hun gezondheidstoestand en hun mogelijkheden om gebruik te maken van zorgvoorzieningen. Als onverzekerden moeten zij in beginsel zelf de kosten van medische zorg betalen. Instellingen als «De Witte Jas» in Amsterdam die ambulante zorg verlenen aan illegalen, blijken te voorzien in een behoefte. In bijzondere omstandigheden en onder strikte voorwaarden kunnen vormen van gezondheidszorg toegankelijk zijn voor illegalen. Dit betreft dan vooral de bestrijding van sommige infectieziekten (tuberculose) en hulpverlening in acute noodsituaties, als sprake is van ogenblikkelijk levensgevaar of een acute en vitale hulpeloze toestand.

### *Veiligheid, ongevallen en milieu*

De inwoners van ons land maken zich steeds vaker zorgen over veiligheid. Ongerustheid over de stijgende criminaliteit gaat gepaard met bezorgdheid over andere risico's die de veiligheid bedreigen: milieuverontreiniging, verkeersongevallen, verloedering van stadsdelen, rampen. De feiten spreken voor zich. De verschillende vormen van onveiligheid in de openbare ruimte zorgden in 1990 voor ongeveer 12 miljard gulden schade. Jaarlijks sterven er ongeveer 3900 mensen aan ongevallen, meestal in de privé-omgeving of in het verkeer. Daarnaast worden er jaarlijks circa 100 000 ziekenhuisopnamen geregistreerd als gevolg van ongevallen. Het totaal aantal gewonden is echter veel groter. In het verkeer gaat het om 50 000 geregistreerde gewonden en in de arbeids-situatie om 60 000. Door een privé-ongeval raken ieder jaar ongeveer 760 000 mensen zodanig gewond dat ze minimaal poliklinische behandeld moeten worden. Sportletsels leveren hieraan met zo'n 30% de grootste bijdrage.

De sterfte ten gevolge van geweld (inclusief alle vormen van mishandeling) is sinds 1955 sterk toegenomen (VTV, p. 503; in 1989 135 doden en 24 000 geregistreerde gewonden), sterker dan enige andere categorie externe oorzaken. Er zijn geen precieze gegevens bekend over de trend in het aantal gewonden ten gevolge van mishandeling. Wel is duidelijk dat zo'n 40% van alle agressiedelicten onder invloed van alcohol wordt gepleegd. Kabinetsbeleid in het streven naar verbetering van de sociale samenhang en veiligheid zal wellicht een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van deze bedreiging voor gezondheid en welzijn.

Het fysieke milieu is voor de burger een bron van zorg. Uit buitenlandse voorbeelden blijkt hoezeer ernstige milieuverontreiniging de gezondheid kan aantasten. Doordat in Nederland dergelijke risico's tijdig zijn onderkend en beperkt, zijn eenduidig aan milieufactoren toe te schrijven gezondheidseffecten hier moeilijk aantoonbaar. Andere determinanten van gezondheid, zoals roken en voeding, sociale omgeving en de invloed van het stelsel aan preventieve en curatieve zorg, nemen ten opzichte van milieufactoren een zodanig dominante positie in dat het niet goed mogelijk is om een scherp beeld van het relatieve belang van milieufactoren te verkrijgen. Op basis van inzichten in potentieel bedreigende situaties blijft aandacht vereist voor de mogelijke gezondheidseffecten van luchtverontreiniging en van geluidshinder (vooral de geluidsoverlast die leidt tot slaapverstoring). Het internationale onderzoek over het verband tussen milieuverontreiniging en ziekte zal nauwlettend gevolgd worden.

## HOOFDSTUK 3 VISIE OP VOLKSGEZONDHEID EN WELZIJN

Uit de krant zou men soms de indruk krijgen dat het rondkrijgen van de financiering van de zorg een doel op zich is geworden, in plaats van een middel om goede zorgvoorzieningen te kunnen blijven garanderen voor ieder die ze nodig heeft. Voor het kabinet is het verbeteren van de gezondheidstoestand hoofddoel van het beleid voor de volksgezondheid; het garanderen van de toegankelijkheid en kwaliteit van de noodzakelijke zorg vormt daarvan een belangrijk onderdeel. Voor dit beleid gelden wel financiële randvoorwaarden.

Er zijn veel factoren die de gezondheidstoestand, de behoefte aan zorg en de kosten van het zorggebruik beïnvloeden. In figuur 1 zijn op schematische wijze een aantal van die factoren in samenhang weergegeven. Het beleid kan aangrijpen op deze factoren.

In dit hoofdstuk is de visie op het beleid omschreven en uitgedrukt in een aantal doelstellingen en afgeleide doelstellingen. De randvoorwaarden waarbinnen het werken aan deze doelstellingen plaatsvindt komen daarna aan de orde. Het hoofdstuk eindigt met een korte omschrijving van de taken en verantwoordelijkheden van de rijksoverheid en belanghebbenden in dit geheel.

### 3.1. Doelstellingen

Het streven naar verbetering van de gezondheidstoestand en het welzijn kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Men kan bedoelen dat een maximale inspanning wordt verricht om de levensverwachting zo lang mogelijk te doen zijn. Ook kan men bedoelen dat men het aantal zieken of gehandicapten zo klein mogelijk wil doen zijn. Of, dat men wil voorkómen dat mensen afhankelijk worden van voorzieningen. Deze doelen zijn niet dezelfde: het streven naar een langere levensduur leidt, tenminste onder de huidige omstandigheden, onherroepelijk tot een groter aantal mensen met langdurige ziekten of met een langdurige zorgafhankelijkheid, omdat dit nu eenmaal veel voorkomt onder ouderen. Ook kan men zich afvragen of verbetering van de gezondheidstoestand betekent dat de gemiddelde kans op het hebben van een ziekte of handicap wordt teruggebracht, of dat men zich op de eerste plaats wil inspannen om de achterstand in gezondheid van sommige bevolkingsgroepen weg te werken. Een pragmatisch uitgangspunt is het één doen en het ander niet laten.

Dit leidt tot een drietal doelstellingen van volksgezondheidsbeleid<sup>7</sup>.

1. Het **verlengen van de gezonde levensverwachting**. Dit kan bereikt worden door het waar mogelijk bevorderen van de gezondheid en het voorkómen of uitstellen van ziekten door gezondheidsbescherming, preventie en doelmatige curatieve zorg. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt gespreid. Een groot deel van de mogelijkheden valt onder de directe en persoonlijke verantwoordelijkheid van de burger zelf. Een ander deel van de inspanning ligt specifiek op het terrein van zorgverleners en financiers. Weer een ander deel is de verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS. Tenslotte zal een aanzienlijk deel van de beleidsinspanning in samenwerking met en onder verantwoordelijkheid van andere ministeries tot stand kunnen komen.

---

<sup>7</sup> Voor de welzijnsdoelstellingen kan worden verwezen naar de nota Naar eigen vermogen.

2. Het **voorkómen van vermijdbare sterfte**. De laatste decennia is de vermijdbare sterfte al sterk teruggebracht; toch zijn er nog meer mogelijkheden. Deze liggen vooral in de preventie, bijvoorbeeld in het ontmoedigen van roken, de preventie van ongevallen en het verbeteren van voedingsgewoonten. Ook de curatieve zorg draagt bij aan de verlenging van de totale levensverwachting (dat is de som van de gezonde en de ongezonde levensverwachting).
3. Het **verhogen van de kwaliteit van leven** van personen met een langdurige ziekte of handicap. Veel langdurige ziekten zijn met de huidige stand van de wetenschap noch te voorkomen, noch te genezen. Medische ingrepen, technologische voorzieningen en gepaste verzorging kunnen lichamelijke beperkingen echter wel compenseren of uitstellen en daarmee de vitaliteit en het vermogen tot maatschappelijke participatie verhogen. Het streven naar integratie in het arbeidsproces van mensen met een chronische ziekte of handicap is hier ook een onderdeel van.

Voor het bereiken van elk van deze doelstellingen richt de aandacht zich vooral op de bevolkingsgroepen die er het minst gunstig aan toe zijn. Dit blijken systematisch de groepen te zijn met een laag opleidingsniveau, een laag inkomen en een lage beroepsstatus. Het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen is een belangrijk onderdeel van het beleid. Het nastreven van deze doelstellingen draagt bij aan het vermogen van de burger tot maatschappelijke integratie.

De doelstellingen 1 tot en met 3, en de afgeleide doelstellingen tot terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en marginalisatie, zijn niet nieuw. Ze bouwen voort op beleidsdocumenten als de Nota Gezondheid met beleid van 1992 (Kamerstukken II, 1991/1992, nr. 22 459), de Notitie Preventiebeleid voor de volksgezondheid (Kamerstukken II, 1992/1993, nr. 22 894), de beleidsbrief Chronisch-Ziekenbeleid van 1993, de Nota Ouderen in Tel (Kamerstukken II, 1990/1991, nr. 21 814), de Nota Verstandig veranderen (Kamerstukken II, 1990/1991, nr. 20 931), de Nota In beeld (Kamerstukken II, 1992/1993, nr. 22 682) en de Nota Onder anderen (Kamerstukken II, 1993/1994 nr. 23 067). De nota die nu voor u ligt wil de voorgenoemde doelstellingen in hun onderlinge samenhang uitwerken binnen de randvoorwaarden die voor de huidige regeerperiode gelden en binnen de veranderende omgeving zoals die in het vorige hoofdstuk is geschetst. De nota zal ook ingaan op de resultaten van de voornemens uit de eerder genoemde nota's.

### **3.2. Randvoorwaarden**

Het werken aan deze doelstellingen vindt plaats binnen randvoorwaarden van financiële, bestuurlijke, juridische en personele aard.

#### **1. Financiële randvoorwaarden**

Volgens het regeerakkoord mag het volume aan formele zorg met 1,3% per jaar groeien. Extrapolatie van trends onderbouwt de verwachting dat deze 1,3% voldoende zal zijn om de verwachte toename in het vóórkomen van ziekten als gevolg van de toegenomen levensverwachting te compenseren, zie ook bijlage 2. Echter, de feitelijke toename in zorgbehoefte blijkt al sinds jaar en dag veel groter te zijn. Deze wordt immers ook beïnvloed door nieuwe behandelwijzen en technologische innovaties. Ook de aanpassingen van de zorgvoorzieningen aan eigentijdse normen van comfort en privacy verhogen de kosten van de gezondheidszorg. De huidige complexe en in toenemende mate onveilige Nederlandse samenleving stelt aan haar inwoners hoge eisen van weerbaarheid. Voor

hen die «ertussendoor glippen» leidt dat soms tot een toenemende behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. De kostenverhogingen die uit dergelijke factoren voortvloeien, kunnen bij ongewijzigd beleid onmogelijk binnen de toegestane 1,3% volumegroei worden gedekt. Het is daarom noodzakelijk een ingrijpend programma van volumebeheersing en kostenbeperking door te voeren. Dit programma sluit aan bij de eerder genoemde beleidsdoelen. Het programma heeft wel financiële consequenties voor gebruikers en aanbieders van zorg. De voorstellen tot volumebeperking en kostenbeheersing zijn vooral gericht op het verbeteren van de doelmatigheid van de zorgvoorzieningen op microniveau. Negatieve financiële prikkels die doelmatigheid en kostenbewustzijn in de weg staan, moeten zo snel mogelijk weggenomen worden. Dit houdt onder meer in dat het woud aan regels dat is gegroeid, gestroomlijnd moet worden. Het grote aantal subsidie-, substitutie- en vrije margeregelingen kan samengevoegd worden tot één fonds, van waaruit de middelen met voldoende flexibiliteit beschikbaar gesteld worden. De uitvoering van de voorstellen van de commissie-Biesheuvel kan wellicht een deel wegnemen van de verkeerd werkende financiële prikkels in de curatieve sector. In hoofdstuk 5 komen deze voorstellen op inhoudelijke hoofdlijnen aan de orde. In een apart schrijven aan de Tweede Kamer is het programma tot volumebeheersing en kostenbeperking voorgelegd. Daarin zijn ook de financiële en beheersmatige aspecten ervan uitgewerkt.

## 2. Bestuurlijke en juridische randvoorwaarden

De mogelijkheden van het kabinet tot uitvoering van de beleidsdoelstellingen worden niet alleen ingekaderd door randvoorwaarden van financiële aard. Ook de verdeling van verantwoordelijkheden en de juridische verankering daarvan zijn randvoorwaarden.

Nederland kent op het terrein van de gezondheidszorg een traditie van functionele decentralisatie. Het maatschappelijke middenveld drukt een belangrijk stempel op de besluitvorming, zoals ook door de Commissie-Willems werd geconstateerd. De afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen overheid en belanghebbende partijen (gebruikers/patiënten, verzekeraars, zorgaanbieders) is complex. De overheid wil en kan niet treden in de professionele autonomie van zorgverleners. Verzekeraars ondervinden weinig prikkels tot een zo doelmatig mogelijke inzet van de middelen. De consument van zorgvoorzieningen heeft vaak te weinig informatie over werkzaamheid en kosten van zorgvoorzieningen om afwegingen op microniveau te kunnen maken. Naast de overheid zijn er tot dusver geen andere partijen die rechtstreeks belang hebben bij kostenbeheersing. Toch bestaat er behoefte aan een zo doelmatig mogelijke gezondheidszorg, omdat dat de kwaliteit van de zorg ten goede komt, en de kosten van de zorg uiteindelijk toch door de burgers gezamenlijk moeten worden opgebracht.

Uit het regeerakkoord blijkt dat de verantwoordelijkheid van de overheid ten opzichte van de burger (als consument van zorgvoorzieningen), de verzekeraars en de zorgaanbieders opnieuw moet worden afgebakend.

Bij de burger is sprake van een herijking van de verhouding tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid en solidariteit. Dit geldt op het terrein van bijvoorbeeld de sociale zekerheid, en ook op het terrein van de volksgezondheid. Meer nadruk op de eigen verantwoordelijkheid is het devies. Essentieel is dat de burger de zorg krijgt die hij nodig heeft en geen zorg krijgt die niet nodig is. In dit verband is een beperkte eigen financiële verantwoordelijkheid bij de burger wenselijk. Voor verzekeraar en zorgverleners wil het kabinet prikkels creëren tot vergroting van de doelmatigheid.

Dit geheel aan voornemens krijgt gestalte binnen randvoorwaarden van juridische aard. Deze randvoorwaarden betreffen allereerst de mogelijkheden om wetgeving binnen een gegeven tijdsbestek te kunnen wijzigen. Bepalend zijn in het bijzonder internationaalrechtelijke verplichtingen, zowel van de Europese Unie als vanuit andere internationale verdragen. Deze betreffen aanspraken en beschermingsniveaus en de eerbiediging van grondrechten. De wijzigingen die noodzakelijk zijn om het beleidsprogramma uit te kunnen voeren in het licht van de herijking van de bestuurlijke verhoudingen, zijn gelijktijdig met deze nota naar de Tweede Kamer gestuurd in de vorm van het «Bestuurlijk/wetgevend programma zorgsector, 1995–1998». In het bijzonder gaat het dan over wetgeving die zorgaanspraken en de verzekering regelt, en over tarieven, budgetten en planning.

### 3. Personele randvoorwaarden

Gezondheidszorg is mensenwerk: werk van mensen voor mensen. Alleen met voldoende personeel van voldoende kwaliteit kan zorg geleverd worden die tegemoet komt aan de wensen van de cliënt. Daarom is het arbeidsmarktbeleid in de zorgsector van groot belang. De zorg verandert, de omgeving ook. De rol van het Ministerie van VWS is hierbij zowel direct (eigen regelgeving toetsen op consequenties voor de werkgelegenheid, de arbeidsmarkt als permanent aandachtspunt bij beleidsontwikkeling) als indirect (overleg met werkgevers/koepels over overheidsbijdrage en arbeidsvoorwaarden; aansturing sectorfondsen t.b.v. structurele innovatie). Op deze manier kan snel ingespeeld worden op een veranderende personeelsbehoefte bij zorgvoorzieningen en een veranderend aanbod op de arbeidsmarkt. In paragraaf 6.5. is dit nader uitgewerkt.

### 3.3. Taken en verantwoordelijkheden

Er bestaat brede overeenstemming over het uitgangspunt dat de rijksoverheid zich beperkt tot kerntaken. Volgens de grondwet (artikel 22, lid 1) is de overheid gehouden voorzieningen te treffen ter bevordering van de gezondheid. Daartoe ontwikkelt de overheid beleid. De uitvoering van dat beleid gebeurt, waar wenselijk, door producenten en consumenten van zorgvoorzieningen, verzekeraars, lokale overheden en intermediaire organisaties. Dit laat onverlet dat de rijksoverheid voor de komende jaren een aantal taken tot haar directe verantwoordelijkheid rekent. Het gaat in hoofdzaak om: het vaststellen van het wettelijk verplichte pakket aan zorgvoorzieningen; het garanderen van de toegankelijkheid van dat pakket voor alle ingezetenen van Nederland; het bewaken en beheersen van de uitgaven aan het wettelijk verplichte pakket aan zorgvoorzieningen; het wettelijk regelen van de financiering van zowel de langdurige zorg («care») als van het wettelijk verplichte zorgpakket («cure»). Ook zaken als het zorgdragen voor overzichtsinformatie en toezicht op de kwaliteit van zorgvoorzieningen is een taak van de rijksoverheid.

Behalve de overheid hebben ook andere belanghebbenden verantwoordelijkheden voor een doelmatig en kwalitatief verantwoord functionerende zorg. Schept de overheid de bestuurlijke, juridische en financiële randvoorwaarden, het zijn de zorgverzekers, de zorgaanbieders en de patiënten/consumenten die er in belangrijke mate aan bijdragen dat de gewenste kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid in de praktijk ook daadwerkelijk worden gerealiseerd. Zij zijn zich over het algemeen bewust van deze verantwoordelijkheid. De rijksoverheid ziet het als taak partijen de mogelijkheid te bieden deze verantwoordelijkheid gestalte te geven. Door de in behandeling zijnde Kwaliteitswet Zorginstellingen zal de



verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het zorgaanbod expliciet bij de zorgaanbieders zelf komen te liggen. Deze Wet maakt zorgaanbieders daarop ook aanspreekbaar. Zorgaanbieders zijn daarnaast, in het kader van de uitvoering van de aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel, de spil in het streven naar zo doelmatig mogelijk medisch handelen, onder meer via het ontwikkelen en gebruiken van standaarden en protocollen. Zorgverzekeraars krijgen via in voorbereiding zijnde wetgeving een verdere impuls om zo zuinig mogelijk te werken door budgettering van hun uitgaven aan het wettelijk verplichte verzekeringspakket. Aangezien uiteindelijk de gebruiker betaalt (ook al is de rekening vaak niet direct zichtbaar), is het belangrijk dat de patiënt/consument een groter kostenbewustzijn krijgt en een scherper beeld van gepast gebruik van zorgvoorzieningen. Het kabinet wil daarom de vrijheid vergroten van de gebruiker in het kiezen van een zorgverzekering en van de meest geëigende zorgvorm; het versterken van de medezeggenschap van patiënten in zorginstellingen en in overlegstructuren; het versterken van informatiesystemen voor zorgconsumenten; het versterken van de positie van verzekerden bij de zorgverzekeraars door het opnemen van vertegenwoordigers van verzekerden in de toezichthoudende organen<sup>8</sup>.

Deze opvattingen van taken en verantwoordelijkheden voor het zorgbeleid komen tot uitdrukking in de volgende hoofdstukken.

#### **HOOFDSTUK 4 BEVORDEREN VAN GEZONDHEID EN VOORKOMEN VAN ZIEKTEN**

Het verlengen van de gezonde levensverwachting en het voorkómen van vermijdbare sterfte en het verminderen van de zorgafhankelijkheid vormen beleidsdoelen voor volksgezondheid en welzijn. Om deze te bereiken zal nóg meer dan tot op heden het geval was, de nadruk liggen op het bevorderen van gezondheid en het voorkómen van ziekten. De wisselwerking tussen welzijn en gezondheid is, juist op het terrein van de preventie, nadrukkelijk aanwezig vanwege het directe verband tussen sociale samenhang, veiligheid, maatschappelijke participatie en gezondheidstoestand. De mogelijkheden tot het bevorderen van gezondheid en het voorkómen van ziekten beperken zich niet tot de terreinen waarvoor de minister van VWS de eerstverantwoordelijke is. Het kabinetsbeleid is erop gericht om bestaande mogelijkheden optimaal te benutten door een gezamenlijke inspanning van een groot aantal ministeries. Ook in internationaal verband liggen er perspectieven, onder meer in het kader van de steeds ruimer wordende bevoegdheden van de Europese Gemeenschap.

Dit hoofdstuk biedt een reflectie op de gevolgen die preventieactiviteiten op de lange duur kunnen hebben en stelt de criteria op grond waarvan prioriteiten tot stand komen. Vervolgens komen de gestelde prioriteiten voor preventie aan de orde, waarna tenslotte ook de uitvoering van deze prioriteiten is uitgewerkt. Onder preventie valt in deze nota primaire en secundaire preventie (dit is het voorkómen van ziekte, respectievelijk het in een vroeg stadium diagnostiseren en behandelen van ziekten). Activiteiten van tertiaire preventie zijn, onder een andere noemer, opgenomen in hoofdstuk 5.

---

<sup>8</sup> Nota Patiënten/consumentenbeleid in de zorgsector, Kamerstukken II, 1991/1992, 22 702 nrs. 1-2.

#### 4.1. Voorkómen is beter dan genezen

Het oude adagium «voorkomen is beter dan genezen» gaat nog steeds op. Normaal gesproken zal men er de voorkeur aan geven niet ziek te worden. Ook ligt het voor de hand, dat men waar mogelijk wil voorkómen «te jong» te sterven. Deze redenering gaat ook op voor de samenleving als geheel. Dat neemt niet weg dat epidemiologisch onderzoek leidt tot voortschrijdend inzicht en daarmee tot het plaatsen van enige kanttekeningen.

Succesvolle preventie en medische behandeling leiden tot een langere levensduur en bijna ook altijd tot een langerdurende gezondheid (een langere gezonde levensverwachting). Dat is gezondheidswinst. Dit feit kan niet voorkómen dat uiteindelijk de ouderdom toch met gebreken komt. Op hogere leeftijd is de kans groot een niet-fatale, chronische aandoening te krijgen zoals bijvoorbeeld artrose (slijtage van botten en gewrichten), gehoor- of gezichtsstoornissen, of dementie. De toename van het aantal mensen dat lijdt aan niet-fatale, chronische aandoeningen is in de VTV gedocumenteerd. Het feit dat dankzij betere levensomstandigheden en betere gezondheidszorg ziekte en sterfte op jongere leeftijd wordt voorkómen, maar men op oudere leeftijd een langdurige ziekte of functiebeperking krijgt, wordt vaak aangeduid met de term vervangende ziekte. Dit fenomeen is vooralsnog onontkoombaar. De consequenties ervan zijn divers: gezondere levensomstandigheden leiden tot een toename van het aantal jaren dat in goede gezondheid wordt doorgebracht, een positieve ontwikkeling. Deze leiden tegelijkertijd, op langere termijn, tot een toename van het aantal mensen dat op hogere leeftijd kampt met langdurige aandoeningen, de kanttekening. De hinder die dergelijke langdurige aandoeningen veroorzaken, kan groter of kleiner zijn, maar vrijwel altijd worden ook deze «ongezonde levensjaren» als nastrevenswaard ervaren. De conclusie is gerechtvaardigd dat ieder extra gezond levensjaar beleidsmatig gesproken nastrevenswaard is, en dat dat ook geldt voor de extra ongezonde levensjaren. Ook al heeft dat als consequentie dat men op latere leeftijd misschien een ernstige chronische ziekte of functiebeperking krijgt. Over de gehele bevolking genomen heeft dat als gevolg dat het aantal mensen met chronische aandoeningen en functiebeperkingen toeneemt. Het besef groeit «dat men niet aan één ziekte iets kan doen zonder de kans op andere ziekte en de gevolgen daarvan te beïnvloeden. Die beïnvloeding kan zowel positief als negatief zijn».<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Van de Water, H.P.A., J.A. van Vliet en H.C. Boshuizen, Betekenis van vervangende ziekte en sterfte voor volksgezondheidsbeleid, TNO-PG, Leiden, 1994. Discussiestuk in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het ministerie zal zich verder verdiepen in de consequenties van het fenomeen vervangende ziekte voor het zorgbeleid.

<sup>10</sup> «Daling van de sterfte en toename van de zorgbehoefte is geen contradictie, maar het gevolg van het in de plaats komen van (ernstige) ziekte voor sterfte. Deze toename zal worden versterkt door de verwachte vergrijzing van de Nederlandse bevolking.» L. Bonneux et.al., De toekomst van hartziekten in Nederland: dalende sterfte en stijgende zorgbehoefte, NTvG, 1994, 138 (32).

<sup>11</sup> «De tot 1994 in Nederland gebruikte variant van vroege opsporing van baarmoederhalskanker is niet efficiënt. Met een ander uitnodigingsschema kunnen bij gelijke kosten 35% meer levensjaren worden gewonnen. Anderzijds geldt dat evenveel gezondheidswinst behaald kan worden tegen 30% lagere kosten.» M. Koopmanschap, stellingen bij het proefschrift *Complementary analysis in economic evaluation of health care*, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.

In aanmerking genomen dat op latere leeftijd een grote kans bestaat op «vervangende ziekten», zal preventie de gezondheidszorg zelden goedkoper maken, zeker niet op langere termijn gezien<sup>10</sup>. De «gespaarde» individuen hebben immers op latere leeftijd gemiddeld een relatief hoge medische consumptie: 75-plussers gebruiken per jaar gemiddeld voor ruim f 8000 aan zorgvoorzieningen, terwijl degenen die de 40 nog niet gepasseerd zijn gemiddeld jaarlijks voor minder dan f 2000 consumeren. Gezondheidsbevordering en preventie van ziekten zullen op den duur dus de totale vraag naar zorgvoorzieningen in de samenleving doen toenemen. Echter, het is de verbetering van gezondheid en welbevinden die de verdere uitbouw van preventie rechtvaardigt, en niet de eventuele besparingen.

Een ander onderwerp dat bij een bezinning over preventie aan de orde hoort te komen is het feit dat bepaalde soorten preventie-activiteiten ongevraagd worden aangeboden, zelfs opgedrongen worden. Dit roept soms weerstanden op. Mede daarom stelt het kabinet aan de invoering van preventie-maatregelen hoge eisen van ethische, juridische en maatschappelijke aanvaardbaarheid, van effectiviteit en efficiency<sup>11</sup>. Het is

dan ook niet de bedoeling medewerking te verlenen aan niet werkzame of ondoelmatige vormen van preventie, zoals bijvoorbeeld medische check-ups voor gezonde mensen. Ook op het terrein van preventie kan een verdere ontwikkeling van de medische technology assessment bijdragen aan de doelmatigheid, en kan goede voorlichting aan de bevolking bijdragen aan gepast gebruik.

Al generaties is bekend hoe maatschappelijke en fysieke leefomstandigheden de gezondheidstoestand beïnvloeden. Een aanzienlijke verbetering is in het verleden bereikt door betere voeding, huisvesting, hygiëne, arbeidsomstandigheden en geboorteregeling.<sup>12</sup> Vaak profiteert de gezondheidstoestand automatisch van een algemene verbetering van de levensstandaard. Soms daarentegen kan een maatschappelijke ontwikkeling een risico vormen. Zo is auto- en vliegverkeer niet alleen een voorwaarde voor economische ontwikkeling. Het eist ook zijn tol in de vorm van doden, gewonden, ziekten aan de luchtwegen en geluidshinder. Het arbeidsproces is zo ingericht dat de kans dat chronisch zieken buitengesloten raken groot is, waarmee hun maatschappelijke participatie in de knel komt. Tijdens het Nota-overleg met de Tweede Kamer van 17 oktober 1994 over de Notitie Preventiebeleid, beloofde de minister haar collega's in de ministerraad te enthousiasmeren voor een gezamenlijke aanpak van gezondheidsproblemen. Een dergelijke gezamenlijke aanpak kan positieve effecten hebben voor alle betrokken departementen en niet alleen voor het Ministerie van VWS zelf. In dit kader is het ook van belang spoedig een methodologie toepasbaar te maken die kan leiden tot het schatten van het effect van beleidsmaatregelen op de gezondheidstoestand. Dit kan er toe leiden dat bij de voorbereiding van maatregelen van andere departementen de gezondheidseffecten een overweging of zelfs een toetsingscriterium worden. Het is niet de bedoeling dat dit leidt tot geformaliseerde procedures zoals die van de milieu-effect-rapportage. Uiteraard zullen maatregelen van het Ministerie van VWS zelf ook worden getoetst op hun effecten, met inbegrip van het effect op de gezondheidstoestand.

Rekening houdend met deze overwegingen behoren prioriteiten in preventie te voldoen aan een aantal voorwaarden:

1. het gezondheidsprobleem is groot qua omvang en ernst (in termen van somatische, psychische en sociale consequenties) en is vermijdbaar;
2. het probleem kan doeltreffend en doelmatig worden aangepakt; er zijn effectieve preventie-methoden beschikbaar;
3. de preventie levert een betere gezondheid op voor de burger;
4. praktische mogelijkheden om de methoden doelmatig uit te voeren zijn beschikbaar;
5. de methoden zijn juridisch, ethisch en maatschappelijk acceptabel.

Inzicht in de vermijdbaarheid van een gezondheidsprobleem bestaat wanneer bekend is welke de directe oorzaken ervan zijn (welke determinanten hoeveel bijdragen aan het ontstaan en verloop van de ziekte). Maatregelen gericht op de preventie van longkanker, ongevallen, CARA, coronaire hartziekten, beroerte en infectieziekten zijn naar schatting het meest effectief. In tabel 2 is aangegeven welke maatregelen zouden kunnen worden genomen, met een ruwe inschatting van de potentiële effectiviteit. Men dient hierbij te bedenken dat de praktijk altijd weer sterker is dan de leer. Het onderstaande schema moet daarom vooral worden gezien als een overzicht van denkbare effectiviteit van preventie-maatregelen. De maatregelen zijn gegroepeerd in interdepartementaal beleid en beleid van het Ministerie van VWS, onderverdeeld in regelgeving, voorlichtings- en vormingsactiviteiten (doorgaans uitgevoerd

<sup>12</sup> «Ons wegverkeer behoort tot het veiligste ter wereld, maar het is niet zo vanzelfsprekend dat dat zo blijft. Wij zijn in de jaren zestig en zeventig goed begonnen met vangrail-constructies, woonerven en autowegsignalering. Maar het is nu tijd voor een nieuwe start. Overheden hebben vaak alleen oog voor de kosten van het terugdringen van de onveiligheid. Men sluit de ogen voor de grote besparingen, die daar het gevolg van zijn. Soms zijn de besparingen zelfs hoger dan de kosten. Dat zijn projecten die tegelijk geld en mensenlevens sparen, zoals infrastructurele verbeteringen, autogordels, autokeuring, groot dimlicht overdag en anti-alcoholcampagne. Het is zowel oneconomisch als onethisch deze maatregelen niet te nemen.» J.L. de Kroes: «Elke verkeersdode is er een teveel», NRC, 31 augustus 1994.

door maatschappelijke organisaties) en vroegtijdige opsporing (meestal uitgevoerd door gemeentelijke gezondheidsdiensten of huisartsen).

**Tabel 2 Overzicht van ingeschatte potentiële effectiviteit van preventie-maatregelen**

| ZIEKTE                | Determinanten  | Interdepartementaal beleid | VWS-beleid  |              |                                   |    |
|-----------------------|--|----------------------------|-------------|--------------|-----------------------------------|----|
|                       |  |                            | Regelgeving | Voorlichting | Vroegtijdige opsporing van ziekte |    |
| Longkanker            | Roken  | XX                         | XX          | XX           | -                                 |    |
| Borstkanker           |  | -                          | X           | X            | XX                                |    |
| Baarmoederhalskanker  |  | -                          | X           | X            | XX                                |    |
| Coronaire hartziekten | Roken  | XX                         | XX          | XX           | }-                                |    |
|                       | Bewegingsarmoede   | -                          | -           | XX           |                                   |    |
|                       | Alcohol misbruik   | XX                         | XX          | XX           | }X                                |    |
|                       | Voeding  | XX                         | X           | XX           |                                   |    |
| Suikerziekte          | Overgewicht  | XX                         | -           | XX           | -                                 |    |
|                       | Voeding  | XX                         | X           | XX           | -                                 |    |
| Cariës                | Gebitsverwaarlozing  | X                          | -           | XX           | X                                 |    |
| Depressie             | Psychosoc. omstandigheden  | XX                         | -           | XX           | XX                                |    |
| Beroerte              | Roken  | XX                         | XX          | XX           | -                                 |    |
|                       | Alcoholmisbruik  | X                          | X           | XX           | X                                 |    |
| Infectieziekten       | Algemene levensstandaard<br>Onveilig vrijen, spuiten,<br>bloedtransfusie | - TBC                      | XX          | -            | XX                                | XX |
|                       |  | - HIV/AIDS                 | X           | X            | XX                                | -  |
| CARA                  | Roken  | XX                         | XX          | XX           | X                                 |    |
|                       | Luchtverontreiniging   | XX                         | -           | X            | X                                 |    |
| Veiligheid            | - verkeersongevallen   | Alcohol, geneesmiddelen    | XX          | -            | XX                                | -  |
|                       |  | voertuigveiligheid         | XX          | X            | X                                 | -  |
|                       | - privé-ongevallen, incl. sport  | produktveiligheid          | X           | XX           | X                                 | -  |
|                       |  | woonsituatie               | XX          | -            | XX                                | -  |
|                       | - arbeidsongevallen  | sportbeoefening            | X           | X            | XX                                | -  |
|                       |  | arbeidssituatie            | XX          | -            | XX                                | -  |
| - geweldletsels       | soc./psych.factoren  | XX                         | -           | X            | -                                 |    |

Potentiële effectiviteit:

XX hoog

X matig

- geen verband

## 4.2. Hoofdpijnen van beleid

Het kabinet heeft op basis van de voorgaande overwegingen accenten gelegd in het beleid. Een aantal van deze accenten vloeit voort uit de conclusie van VTV, dat een aanzienlijke gezondheidswinst te behalen zou zijn door preventief beleid gericht op de leefstijlfactoren roken, voeding en lichaamsbeweging. Andere prioriteiten zijn gesteld op basis van de resultaten van een analyse van de gegevens uit VTV met een multicriteria methode (preventie van ongevallen en chronische ziekten). Tenslotte waren er enige prioriteiten aangekondigd in de Notitie Preventiebeleid van 1992 (Tweede Kamer, 1992-1993, 22 894). Sommige daarvan zijn in vergelijking met voorgaande jaren aangescherpt. Het beschikbaar komen

van veel onderzoeksgegevens maakt het kwantificeren van verbanden tussen determinanten en gezondheidsproblemen beter mogelijk en reikt ons argumenten aan bij het stellen van de prioriteiten.

### 1. *Beleid anti-roken*

Roken is zeer schadelijk voor de gezondheid. Het veroorzaakt vooral longkanker en hart- en vaatziekten<sup>13</sup>. Longkanker is ongeneeslijk en leidt gemiddeld binnen 7 maanden na diagnose tot de dood (na 7 maanden is de helft van de longkankerpatiënten overleden, na een jaar 62%; in 1990 waren er 8230 sterfgevallen door longkanker). Daarnaast ontstaat er ook hinder en gezondheidsschade bij degenen in de directe omgeving van de roker. Het percentage mannelijke rokers blijft na een aanvankelijke sterke daling sinds begin jaren tachtig min of meer constant rond de 38%. Het aantal rokende vrouwen is na een aanvankelijk sterke stijging sinds begin jaren tachtig rond de 31% blijven steken. Het percentage jeugdige rokers is sinds begin jaren tachtig ook min of meer constant gebleven, al lijkt er sinds 1991 sprake te zijn van een lichte toename onder jongeren van 10 tot 14 jaar. De regelgeving tot terugdringen van tabaksgebruik is in Nederland mild, zeker vergeleken met andere EU-landen, de Verenigde Staten en Canada. Intensivering van het tabaks-ontmoedigingsbeleid is op grond van bovenstaande verontrustende gegevens noodzakelijk. Daarom wil het kabinet:

- a. volgens afspraak evalueren of zelfregulering bij reclamebeperking voor tabaksproducten een betekenisvolle bijdrage levert aan het tabaksontmoedigingsbeleid. Wanneer uit deze evaluatie blijkt dat zelfregulering niet voldoende werkt, kan een wettelijke grondslag voor een reclameverbod worden overwogen.
- b. de beschikbaarheid van tabaksartikelen terugdringen, speciaal voor minderjarigen;
- c. het rookverbod in openbare ruimten aanscherpen, waarbij sancties worden overwogen;
- d. een intensieve voorlichtingscampagne tegen roken richten op de jeugd;
- e. stoppen-met-roken-cursussen bevorderen, vooral voor risicogroepen als zwangere vrouwen en mensen in achterstandssituaties;
- f. de hoogte en structuur van de tabaksaccijzen nader bezien. Hierbij zal een relatie worden gelegd met de in Europees verband geldende minimumtarieven, de evaluatie van die tarieven en de onderlinge concurrentieverhoudingen tussen sigaretten en shag;
- g. binnen de Europese Unie het tabaksontmoedigingsbeleid ondersteunen als onderdeel van het communautaire actieprogramma «Europa tegen kanker» van de Europese Commissie; daarin is opgenomen een actie ter preventie van roken, vooral onder kwetsbare groepen zoals zwangeren en minderjarigen.

<sup>13</sup> «Onder de bekende en kwantificeerbare determinanten van de top 10 doodsoorzaken levert roken de hoogste geschatte bijdrage aan de sterfte (Ongeveer 29 000 overledenen in 1990)... Totaal overleden in 1990 ongeveer 129 000 personen.» «Op basis van de gegevens kan worden geschat dat roken ongeveer 90% van de sterfte aan longkanker bij mannen en 80% van de sterfte aan longkanker bij vrouwen veroorzaakt. Daarnaast kan naar schatting ruim 40% van de sterfte aan coronaire hartziekten en bijna 80% van de sterfte aan chronische luchtweg-obstructie aan roken worden toegeschreven.» RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Sdu Uitgeverij, Den Haag, 1993, p. 17 en p. 570.

### 2. *Verbeteren van voedings- en drinkgewoonten*

Het is algemeen bekend dat Nederlanders nog veel kunnen doen aan het verbeteren van hun voedingsgewoonten. Gemiddeld gesproken eet men te veel, te vet, te zout en te weinig groenten en fruit. Een te hoge vetconsumptie, en vooral een te hoge consumptie van verzadigd vet, leidt tot overgewicht en een te hoog serum-cholesterol. Gezondheidsklachten door overgewicht, en een verhoogde kans op coronaire hartziekten zijn daarvan het gevolg. Uit de tweede Voedselconsumptiepeiling (1992) blijkt dat de vetconsumptie weliswaar gedaald is ten opzichte van de eerste peiling (in 1987 en 1988), maar nog steeds te hoog is. Verlaging van de vetconsumptie heeft daarmee nog steeds een hoge prioriteit.

Personen die veel groenten en fruit eten hebben een kleinere kans op

het krijgen van diverse soorten tumoren. Zo zijn er sterke aanwijzingen dat een hoge consumptie van rauwe groenten de kans op maagkanker vermindert. Het Ministerie van VWS zal doorgaan met het stimuleren van betere voedingsgewoonten door landelijke campagnes en voorlichtingsactiviteiten. VWS streeft ernaar de consument ook via het etiket zo goed mogelijk over de samenstelling van produkten te informeren. Ook zal het Ministerie haar activiteiten tot bevordering van verantwoord alcoholgebruik en preventie van alcoholmisbruik voortzetten.

### *3. Bevorderen van lichamelijke activiteit*

Regelmatige lichamelijke inspanning maakt dat men zich prettig voelt en kan onder meer een gunstige bijdrage leveren aan hart- en vaatziekten, depressiviteit, diabetes mellitus, osteoporose en enkele vormen van kanker. Ook op de kwaliteit van leven en het behoud van zelfstandigheid van ouderen heeft lichaamsbeweging een positieve invloed. Recent onderzoek van het CBS geeft aan dat nog geen kwart van de Nederlandse bevolking voldoende lichamenlijk actief is in de vrije tijd en dat ruim een derde zelfs een nagenoeg inactieve leefstijl heeft. Ook onder jongeren komt gebrek aan lichaamsbeweging veel voor.

TNO-PG zal de komende jaren onderzoeken welke vormen van sport en andere lichamelijke activiteit de meeste gezondheidswinst opleveren. Tevens vindt overleg plaats onder andere met het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid, met organisaties voor het stimuleren van sport en met de Nationale Commissie voor Chronisch Zieken om te bezien hoe lichamelijke activiteit voor de verschillende groepen bevorderd kan worden.

### *4. Veiligheid*

In hoofdstuk 2 staat hoeveel mensen jaarlijks slachtoffer worden van ongevallen en geweld. De preventie van ongevallen in de woonomgeving blijft daarom van hoge prioriteit, vooral voor kinderen en ouderen. Bij kinderen komen bijvoorbeeld nog veel, vaak ernstige, ongevallen met speeltoestellen voor. Jaarlijks moeten zo'n 8600 kinderen poliklinisch en 600 kinderen in een ziekenhuis behandeld worden voor ongevallen met speeltoestellen. Daarnaast zijn er naar schatting ongeveer 25 000 niet-geregistreerde ongevallen die door een arts worden behandeld. In principe zijn al dit soort ongevallen vermijdbaar. Door scherpere veiligheidseisen voor speeltoestellen en meer toezicht op naleving van de veiligheidseisen kan een deel van deze ongevallen voorkómen worden.

Ook krijgt de preventie van sportblessures intensief aandacht via voorlichtingscampagnes en het opstellen van richtlijnen voor gebruik van sportmaterialen en via specifieke veiligheidsprojecten bij sportbonden. Verder vindt in samenwerking met de Ministeries van sociale zaken en werkgelegenheid, en verkeer en waterstaat voortzetting plaats van het beleid ter verbetering van de arbeidsveiligheid respectievelijk verkeersveiligheid. Door middel van een gezamenlijke inspanning van de Ministeries van VWS en V&W zal het beleid zich vooral richten op het identificeren en terugdringen van verkeersgedragingen met hoog letselrisico (als alcohol- en geneesmiddelengebruik, het niet dragen van beschermingsmiddelen als helmen en veiligheidsgordels en het overschrijden van snelheidslimieten). Voor de verkeersveiligheid is het van het grootste belang dat het Ministerie van binnenlandse zaken ook de handhaving van de regelgeving bewaakt. Er worden Extra voorzieningen getroffen voor de slachtofferzorg na een ongeval (ambulancehulp, traumacentra, psychische hulpverlening).

Vergroten van de veiligheid op straat en preventie van geweld, waaronder mishandeling, vereisen samenwerking tussen verschillende overheden. In samenwerking met de Ministeries van justitie en van

binnenlandse zaken streeft het Ministerie van VWS naar een vermindering van de persoonlijke, immateriële schade en van de maatschappelijke kosten. Het dak- en thuislozenbeleid en de oprichting van sociale pensions dragen bij aan het voorkómen van verslaving en somatische en psychische gezondheidsproblemen van zwervers. De verbetering van de sociale veiligheid wordt ook ter hand genomen in het programma lokaal preventief jeugdbeleid. In samenwerking met de Ministeries van justitie en van binnenlandse zaken is gestart met het zogenaamde overlastbeleid, gericht op het verminderen van door verslaafden veroorzaakte overlast, vooral op straat.

##### *5. Preventie van chronische ziekten*

De komende decennia zal het aantal mensen met een chronische ziekte naar verwachting fors toenemen. Slechts op enkele terreinen is preventie van chronische ziekten mogelijk. Om verdere preventie mogelijk te maken is een onderzoeksprogramma van meerdere jaren noodzakelijk. Hierin is voorzien door de vaststelling van een speciaal onderzoeksprogramma van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Daarnaast stimuleert het Praeventiefonds onderzoek naar preventieve interventies. Een speciaal programma «arbeidsgebonden chronisch ziekten onderzoek» is in voorbereiding (ook in samenhang met de bij punt 7 genoemde hoofdlijn van beleid).

Eind 1994 is de beleidsbrief over de tweede fase van het chronisch ziektenbeleid uitgebracht. Daarin staan ook beleidsvoornemens tot preventie van chronische ziekten. De Gezondheidsraad zal advies gevraagd worden over de wetenschappelijke mogelijkheden voor de preventie van reuma, diabetes, CARA en chronische pijn. Behalve onderzoek zijn ook ontwikkelingsprojecten en voorlichting van belang. Daarom is besloten de Nationale Commissie Chronisch Ziekten na 1995 een tweede termijn te geven.

Zowel het onderzoeksprogramma als de activiteiten van genoemde Commissie beperken zich niet tot preventie alleen. Ook curatie, verzorging en maatschappelijke integratie komen daarbij aan de orde.

##### *6. Programmatische preventie in de extramurale zorg*

Op geleide van de adviezen van de Gezondheidsraad (1990), de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap (1992) en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1992) heeft de voormalige staatssecretaris van WVC in 1992 besloten tot stapsgewijze invoering van programmatische preventie in de extramurale zorg (Tweede Kamer, 1992-1993. 22 894 nr. 1). Bij programmatische preventie past men een doelmatige preventiemaatregel systematisch toe bij een categorie personen met specifieke risico-kenmerken. Met de opname van f 7 miljoen op de begroting van 1995 en f 8 miljoen voor 1996 voor de versterking van preventie in de extramurale zorg kunnen nu experimenten tot invoering van programmatische preventie in de huisartsenpraktijk starten. Na 1995 zal de uitvoering zich geleidelijk uitbreiden. De prioriteiten in de uitvoering worden, na afronding van onderzoek en ontwikkeling en eventueel advisering over de stand van de wetenschap, bepaald door de minister van VWS, desgewenst in overleg met de Staten-Generaal.

##### *7. Preventie op het terrein van sociale zekerheid en arbeid*

De nieuwe wetten rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (zie hoofdstuk 2.1.) leggen meer financiële verantwoordelijkheid bij de werkgever en de werknemer. Het regeerakkoord voorziet in een verdere privatisering. De kans bestaat dat deze terugdringingswetten niet alleen de beoogde volumevermindering tot gevolg hebben. Zo kan een

scherpere selectie van aan te trekken personeel op gezondheidskenmerken optreden. Dit zou de arbeidsparticipatie van chronisch zieken en gedeeltelijk arbeidsongeschikten belemmeren. Ook kan de privatisering van de ziektewet als neveneffect hebben dat medicaliseren van arbeidsverzuim de zorgconsumptie nodeloos bevordert.

Het beleid is erop gericht om negatieve consequenties voor volksgezondheid en welzijn van deze wetgeving waar mogelijk te voorkómen. Het kabinet heeft bij brief van 21 december 1994 (Kamerstukken II, 1994-1995, 23 259) een standpunt bepaald over het gebruik van voorspellend medisch onderzoek bij aanstellingskeuringen. Dit was door de Tweede Kamer gevraagd in verband met de discussies over het initiatiefvoorstel van wet over medische keuringen. Verder stimuleert het kabinet de al eerder ingezette verbetering van de samenwerking tussen de curatieve sector en sociaal-medische begeleiding. Die samenwerking beoogt te bevorderen dat werknemers met gezondheidsklachten aan het werk kunnen of blijven, eventueel met een aanpassing van de werkzaamheden aan hun lichamelijke of geestelijke beperkingen. Deze samenwerking draagt ook bij aan het voorkómen van onnodige medicalisering. In samenwerking met het Ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid zal flankerend beleid ontwikkeld worden ter bestrijding van mogelijke nadelige effecten van de privatisering van de ziektewet voor chronisch zieken. Met de ontwikkeling van instrumenten om dergelijke effecten op de volksgezondheid of de zorg te kunnen inschatten (gezondheids-effect-schatting) kunnen deze effecten in het vervolg vroegtijdig in de beleidsvoorbereiding onderkend worden. Samen met het Ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid zoekt het Ministerie van VWS naar succesvolle vormen van arbeidsbemiddeling bij mensen met gezondheidsklachten. Daarbij zal gebruik gemaakt worden van onderdelen van bestaande wetten die op reïntegratie betrekking hebben. Daarnaast ondersteunt het kabinet de inspanningen van patiëntenorganisaties en de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) om de beeldvorming rond chronisch zieken op de arbeidsmarkt positief te beïnvloeden.

#### *8. Versterken van de financiële en organisatorische basis voor preventie*

Als een uitvloeisel van het in de Notitie Preventiebeleid aangekondigde stimuleringsbeleid voor preventie heeft de toenmalige staatssecretaris van WVC de Ziekenfondsraad advies gevraagd over: (a) de financiering van preventie in algemene zin en (b) de implementatie van de programmatische preventie in de huisartspraktijk. De minister heeft haar reactie op het advies per brief aan de Tweede Kamer meegedeeld. Het standpunt resumerend:

(a) De financiering van die preventie-activiteiten die niet tot individuen herleidbaar zijn (gezondheidsbevordering en -bescherming) is een verantwoordelijkheid van de overheid (rijk en gemeenten). Preventie-activiteiten die wel tot individuen herleidbaar zijn vormen in principe een zaak van ziektekostenverzekeraars. Het gaat hierbij steeds om een pragmatische keuze, want de grens tussen wat wel of niet tot-individuen herleidbaar is, is niet scherp te trekken.

(b) De implementatie van programmatische preventie in de huisartspraktijk beoordeelt het Ministerie van VWS per preventie-activiteit, na advisering door de Ziekenfondsraad. Invoering en financiering hangen mede af van de resultaten van onderzoek naar doelmatigheid en ontwikkeling van toepasbaarheid. De onderdelen van programmatische preventie die zich in een overbruggingsfase bevinden tussen onderzoek en ontwikkeling enerzijds en implementatie anderzijds, worden gefinancierd op basis van artikel 39 van de Wet Financiering Volksverzekering. Op grond van het advies van de Ziekenfondsraad gaat het kabinet ervan uit dat de toekomstige financiering van programmatische preventie in de huisartsenpraktijk is gewaarborgd.



Verder onderzoek naar de kosten-effectiviteit van preventie vindt voortgang, mede in het kader van de beleidsinspanning tot het toepassen van technology assessment. De financiering van niet doelmatige preventie-activiteiten komt geheel voor rekening van de gebruiker.

Bij de uitvoering van preventie-activiteiten zijn dikwijls veel partijen betrokken. Ter verbetering van de coördinatie en advisering is aan de Netherlands School of Public Health gevraagd de gewenste coördinatie-functie tot stand te brengen.

Op bovengenoemde thema's zal het kabinet zich de komende periode concentreren. Dit neemt niet weg dat daarnaast aandacht blijft bestaan voor een veel groter aantal onderwerpen, die alle ook van blijvend belang zijn voor een effectieve preventie. Het gaat hier voornamelijk om een voortzetting van lopend beleid op het gebied van: onderzoeks-programmering, gezondheidsvoorlichting, bevolkingsonderzoeken, infectieziektenbestrijding, sport en bewegen, veiligheid van voedingsmid-delen en zogeheten non-foods, preventie gericht op ouderen, alcohol-misbruik, psychosociale problemen en depressie, jeugdigen in achterstandssituaties, luchtverontreiniging en gezondheid en sociaal-economische gezondheidsverschillen. In het Financieel Overzicht Zorg 1995 en de Begroting 1995 zijn de activiteiten op deze gebieden verantwoord.

### **4.3. Overzicht van beleidsvoornemens**

- 1. Intensivering van het anti-tabaksbeleid: voor 1995 is f 2 miljoen gereserveerd voor voorlichting aan jongeren; regelhandhaving in openbare ruimten; ondersteuning van maatschappelijke acties en voorlichting gericht op risico-groepen. Na 1995 vindt dit beleid voortzetting, zonodig in de vorm van een verdere intensivering. Het kabinet streeft naar een scherpe vermindering van het aantal jeugdige rokers.**
- 2. Verbeteren voedingsgewoonten: stimuleren van een verdere verlaging van de vetconsumptie en verhoging groente- en fruitconsumptie door campagne van de Stuurgroep Goede Voeding en de reguliere activiteiten van het Voorlichtingsbureau voor de Voeding. Doel: verlaging van vetconsumptie tot onder de 35 energieprocent. Bevordering van toename in de groente- en fruitconsumptie met tenminste 10%. Budget voor de Stuurgroep Goede Voeding uit de VWS-begroting f 170 000 (1995); en externe financiering f 500 000 (1995).**
- 3. Bevorderen van lichamelijke activiteit: subsidiëring van het programma «Sportparticipatie specifieke bevolkingsgroepen» (zie Nota Naar eigen vermogen) en een deel van het programma «Sportmedisch beleid». Van de middelen die het Ministerie aan TNO-PG verstrekt, zal in 1995, 1996 en 1997 jaarlijks f 300 000 besteed worden aan onderzoek naar de gezondste vormen van sport en andere lichamelijke activiteiten. Het Praeventiefonds heeft aan het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid een bedrag van f 1 296 000 beschikbaar gesteld voor het 2-jarige project «Nederland in beweging». De door o.a. het Ministerie gesubsidieerde projecten over verzuimpreventie door bewegings-bevordering bij werknemers en «woon-werk fietsen en conditie», zijn bijna afgerond; de resultaten zullen leiden tot gerichte aanbevelingen.**
- 4. Veiligheid: ontwikkeling en implementatie van de intersectorale registratie van ongevallen (f 1,2 miljoen); ontwikkeling van een model ter berekening van de maatschappelijke kosten van ongevallen (f 120 000); verhogen veiligheid van producten voor kinderen en**

- voorlichtingscampagne kinderveiligheid (f 0,6 miljoen voor 1995); voornemen tot vaststellen van het «Ontwerp-besluit veiligheid attractie- en speeltoestellen»; veiliger wonen voor ouderen en reduceren ongevallen bij ouderen (f 1 miljoen voor 1995); preventie sportblessures door voorlichting en richtlijnen (f 450 000 in 1995).
5. Interdepartementaal veiligheidsbeleid met Verkeer en waterstaat over verkeer(sslachtoffers), Sociale Zaken en Werkgelegenheid over arbeid, en met Binnenlandse zaken en met Justitie over geweld(sslachtoffers). Discussie-bijeenkomst begin 1995 over de raakvlakken tussen verkeersveiligheid en volksgezondheid; planning van vervolgactiviteiten ter voorkoming van letsels door verkeersongevallen. Voor hulpverlening tot vermindering van psychische schade en maatschappelijke kosten is f 400 000 gereserveerd voor verkeerssslachtoffers en f 300 000 voor geweldsslachtoffers.
  6. Programmatische preventie in de extramurale zorg: in 1995 voorbereiden en starten van programmatische preventie in de huisartspraktijk, daarna uitbreiding. Reservering van f 7 miljoen voor 1995 en f 8 miljoen voor 1996.
  7. Preventie op het terrein van sociale zekerheid en werkgelegenheid: verbetering van de communicatie tussen de curatieve sector en de begeleidende instanties (ARBO-diensten). Inzet tot minimalisering van de negatieve effecten van de privatisering van de Ziektewet en de wijzigingen in de AAW/WAO voor de positie van chronisch zieken en gedeeltelijk arbeidsongeschikten op de arbeidsmarkt, in samenwerking met Sociale zaken en werkgelegenheid.
  8. Coördinatiefunctie voor de uitvoering van een deel van de preventie-activiteiten bij de Netherlands School of Public Health. Reservering met ingang van 1995 jaarlijks f 500 000.
  9. Terugdringen sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV): start van de Programmacommissie tweede fase (de Commissie-Albeda), een vijfjarig programma ter advisering over de effectiviteit van interventies tot terugdringen van SEGV in stadswijken en op het volgen van de ontwikkelingen in de omvang van SEGV. Looptijd: begin 1995 tot eind 1999. Budget f 1 miljoen per jaar. In het beleid van VWS komt het terugdringen van SEGV systematisch aan de orde (o.a. doelgroep-specifieke preventiecampagnes en handhaven van de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorg). Ook in de nadere uitwerking van het grote steden beleid onder coördinatie van de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken zal aandacht geschonken worden aan het terugdringen van SEGV in de grote steden.
  10. Opvang van dak- en thuislozen: sinds 1-1-1994 gedecentraliseerd naar gemeenten. Voor de problematiek op het raakvlak van de maatschappelijke opvang en geestelijke gezondheidszorg is binnen het zorgvernieuwingsfonds geestelijke gezondheidszorg een bedrag van f 8,65 miljoen geoormerkt.
  11. Medische zorg voor asielzoekers en centraal gehuisveste vluchtelingen: in beginsel per 1-1-1996 overhevelen naar GGD-en en naar de reguliere curatieve zorg. In de regio worden daarvoor preventieve en curatieve zorg op elkaar afgestemd. Financiering uit de rijksbegroting, de benodigde middelen worden naar verwachting overgeheveld van het Ministerie van justitie naar VWS. Budget: ongeveer f 75 miljoen per jaar.
  12. Gezondheidseffect-schatting van beleidsmaatregelen: methode-ontwikkeling bij onderzoeksinstituten (1995) en verkenning van de mogelijkheden tot systematische toepassing. Voor de praktische

ondersteuning van het Ministerie van VWS is voor onderzoek naar gezondheidseffecten per 1995 f 500 000,- per jaar gereserveerd.

13. Verhogen van doelmatigheid van preventie: onderzoek naar de effectiviteit van preventie en van systematische medische technology assessment. Zie hoofdstuk 6.1.
14. Versterken van de preventie van chronische ziekten, voortzetting van de Nationale Commissie Chronisch Zieken en start van een langlopend onderzoeksprogramma chronisch zieken.
15. Voortzetting van lopende activiteiten van onderzoeksprogrammering, bevolkingsonderzoeken, infectieziektenbestrijding, sport en bewegen, veiligheid van voedingsmiddelen en non-foods, alcoholmisbruik, psychosociale problemen en depressie, jeugdgezondheidszorg en jeugdigen in achterstandssituaties, preventie gericht op ouderen, terugdringen sociaal-economische gezondheidsverschillen. Totale budget preventieactiviteiten voor 1995 f 786 miljoen (exclusief de inspectie gezondheidsbescherming, inclusief bedragen genoemd onder 1 t/m 13).

## HOOFDSTUK 5 BEHANDELING EN ZORG

Het hoofddoel van ons beleid is het verbeteren van gezondheid en welzijn van de inwoners van Nederland, of, om preciezer te zijn het verlengen van de gezonde levensverwachting, het voorkómen van vermijdbare sterfte en het verbeteren van de kwaliteit van leven bij ziekte of handicap. Eén van de voorwaarden voor het realiseren daarvan is de garantie dat iedere inwoner van Nederland toegang heeft tot een wettelijk vastgesteld pakket aan zorgvoorzieningen van goede kwaliteit. In een tijd waarin de behoefte aan zorg toeneemt, innovaties in behandelwijzen en verzorging steeds nieuwe mogelijkheden creëren om de zorg beter en effectiever te maken, en de bomen niet meer tot in de hemel reiken, vergt dit bezinning op de vraag welke zorg dit pakket wel en niet moet bevatten. Een viertal criteria (Commissie-Dunning<sup>14</sup>) biedt houvast op hoofdlijnen bij het beantwoorden van deze vraag: noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en eigen verantwoordelijkheid voor de consument. Deze criteria liggen besloten in de uitgangspunten van het beleid voor behandeling en verzorging in de komende jaren.

In dit hoofdstuk worden deze uitgangspunten uiteengezet. Deze monden vervolgens uit in hoofdlijnen van beleid voor de curatieve zorgverlening en de langdurige verpleging en verzorging, en in een overzicht van de beleidsvoornemens.

### 5.1. Doelmatigheid met flexibiliteit

Medische behandeling (cure) blijkt een belangrijke bijdrage te leveren aan het verbeteren van de algemene gezondheidstoestand in termen van verlengen van de gezonde levensverwachting, terugdringen van vermijdbare sterfte en vergroten van de kwaliteit van leven. De bijdrage is moeilijk te kwantificeren, maar lijkt het bestaande vertrouwen van de consument in de gezondheidszorg te bevestigen<sup>15</sup>.

Langdurige verpleging en verzorging (care) wordt gegeven aan chronisch zieken (somatische en psychiatrische patiënten), hulpbehoevende ouderen en aan mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. Deze zorg richt zich vooral op vermindering van de ziektelast,

<sup>14</sup> Commissie «Keuzen in de zorg» Kiezen en delen, rapport opgesteld in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, 1991.

<sup>15</sup> «Het is erg moeilijk om op grond van de beschikbare gegevens tot een kwantitatieve schatting te komen van de bijdrage van medische zorg aan de daling van sterfte, en daarmee aan de toename van de levensverwachting bij de geboorte. Wanneer alle vermoedelijke en waarschijnlijke bijdragen van medische zorg aan de sterfte daling bij elkaar worden opgeteld, komt men op een geschatte bijdrage van ongeveer 20%. De bijdrage van medische zorg is hiermee van dezelfde orde van grootte als de geschatte bijdrage van de collectieve preventie.» «Het inzicht in de volksgezondheidseffecten van medische zorg is niet compleet: over de effecten op de sterfte is iets bekend, maar vrijwel niets over effecten op andere gezondheidsaspecten.» J.P. Mackenbach, De positieve effecten van medische zorg op de sterfte, in «Volksgezondheid Toekomst Verkenning» pp.655 en 656, RIVM, 1993.

de verbetering van de kwaliteit van leven en het behoud van maatschappelijke participatie en zelfstandigheid.

Op het terrein van curatieve zorg en verpleging en verzorging zal de in het regeerakkoord toegestane groei ruimte het effect van de verouderende bevolking op de zorgbehoefte *grosso modo* kunnen opvangen. Een additionele stijging in de zorgvraag lijkt echter onafwendbaar, zoals in hoofdstuk 3 al werd geconstateerd. Het kabinet wil zich maximaal inspannen om hiervoor ruimte te creëren door het treffen van maatregelen gericht op het bereiken van meer doelmatigheid en efficiency in het gebruik en beheer van voorzieningen. Dit past in het doelbewuste streven de volumegroei te beheersen, zonder de toegankelijkheid en kwaliteit van het wettelijk vastgestelde pakket aan zorgvoorzieningen in gevaar te brengen. De mogelijkheden die er zijn om moderne, effectieve en passende behandelwijzen en verzorging toegankelijk en betaalbaar te houden moeten dan ook maximaal benut worden. In de loop van deze kabinetsperiode zal moeten blijken of de gewenste verbetering in de doelmatigheid voldoende oplevert om binnen de toegestane groei ruimte de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorg te kunnen blijven garanderen.

Diverse rapporten hebben al gepleit voor meer doelmatigheid in de zorgverlening: Medisch handelen op een tweesprong (1991; Gezondheidsraad), Kiezen en delen (1992; commissie-Dunning) en Gedeelde zorg: betere zorg (1993; Commissie-Biesheuvel). Mede op basis van deze rapporten is het streven naar een verhoging van de effectiviteit, doelmatigheid en kwaliteit van het medisch, paramedisch en verpleegkundig handelen zich een centrale plaats aan het verwerven in de zorgverlening. Diverse mogelijkheden doen zich daarbij voor, zoals de toepassing van medische *technology assessment* en van richtlijnen en standaarden voor het medisch handelen, en het verschaffen van «zorg op maat» voor hen die langdurig van zorgvoorzieningen gebruik moeten maken.

Om voor opname in een verplicht verzekeringspakket in aanmerking te komen, zullen nieuwe behandelprocedures en genees- en hulpmiddelen in toenemende mate vooraf getoetst worden via een systeem van medische *technology assessment*. Dit houdt in dat effecten van behandelprocedures en middelen volgens dezelfde methode geschat of berekend worden, hetgeen vergelijkbare resultaten oplevert. Toetsingscriteria daarvoor zijn: werkzaamheid, veiligheid (optreden van bijwerkingen of neveneffecten) en kosteneffectiviteit. Het systematisch toepassen van medische *technology assessment* bij toelating van nieuwe middelen en procedures en het handhaven van bestaande, kan de doelmatigheid in het medisch handelen bevorderen.

Dit houdt ook een onderzoeksinspanning in. Voor onderzoek naar de doelmatigheid van diagnostiek en behandeling bestaat het programma Ontwikkelingsgeneeskunde dat wordt uitgevoerd door de commissie ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad. De bewindslieden van de Ministeries van OCW en VWS sturen dit programma aan. Via dit programma wordt patiëntgebonden klinisch onderzoek gestimuleerd dat gericht is op besluitvorming over bijvoorbeeld protocol-ontwikkeling, opname in of opschoning van verzekeringspakketten, en indicatiestelling. Medische faculteiten en academische ziekenhuizen vervullen een leidende rol bij de uitvoering van dit programma. Een nieuw beleidsplan Ontwikkelingsgeneeskunde is thans in voorbereiding. Daarin zal het accent sterker komen te liggen op de evaluatie van bestaande diagnostiek en behandeling, en de top-down sturing van onderzoek. Voor onderzoek naar de doelmatigheid van de organisatie van de zorg wordt, op een advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek, nog dit jaar een

programma gezondheidszorgonderzoek gestart. Overwogen wordt om op termijn beide programma's op elkaar te laten aansluiten via een nationaal programma doelmatigheidsonderzoek. Voor de topzorg loopt een afzonderlijk programma dat met name gericht is op de doelmatigheid van de organisatie van topklinische voorzieningen.

Beroepsbeoefenaren krijgen een krachtige stimulans tot het werken met standaarden en protocollen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft tussen 1989 en 1994 ruim 40 standaarden ontwikkeld voor de huisarts<sup>16</sup>. De medisch specialisten beschikken in totaal over honderden behandelprotocollen<sup>17</sup>. Dergelijke standaarden en protocollen stimuleren zowel de kwaliteit van het medisch handelen als de doelmatigheid. Zo reduceren diverse NHG-standaarden het onnodig gebruik van dure geneesmiddelen en onderzoeken: het cholesterol-protocol beperkt het gebruik van serumcholesterolverlagende middelen tot uitsluitend die personen bij wie serumwaarden een zeker niveau overschrijden. Het protocol voor mammascreeening geeft aan voor welke specifieke categorie vrouwen borstkankerscreening zinvol en doelmatig is; alleen deze vrouwen worden opgeroepen voor screening. Het harttransplantatie-protocol is behulpzaam bij het vaststellen van patiënten die in aanmerking komen voor transplantatie. De NHG-standaard orale anticonceptie is op grond van wetenschappelijke inzichten bijgesteld met als gevolg dat huisartsen de routinematige pilcontrole nu achterwege laten. Er zijn diverse samenwerkingsprotocollen door de eerste en tweede lijn gezamenlijk ontwikkeld. Ingrepen die voorheen klinische opname vereisten, kunnen daardoor nu worden uitgevoerd met dagverpleging en adequate extramuraal nazorg. Beroepsgroepen kunnen verder doelmatig handelen bevorderen door onder meer feedback-procedures op te nemen in hun kwaliteitssystemen.

Op geleide van de adviezen van de Commissie-Biesheuvel stimuleert het kabinet op programmatische wijze gepast medisch handelen en meer samenwerking tussen huisartsen en specialistische zorg. Gepast medisch handelen betekent handelen volgens protocollen, met kwaliteitstoetsing en met een doelmatige inzet van middelen (optimale verhouding tussen te verwachten effect op de gezondheid en in te zetten middelen). De directe verantwoordelijkheid voor het stimuleren van gepast medisch handelen ligt bij de beroepsgroepen en het management van instellingen. Het Ministerie treedt daarbij faciliterend, ondersteunend en zondig corrigerend op. In dit verband is ook de toezichthoudende rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg cruciaal.

Het verhogen van de doelmatigheid in het zorgaanbod door middel van het gebruik van protocollen en standaarden mag niet leiden tot verstarring in het zorgaanbod. Integendeel, het kabinet juicht het toe dat ziekenhuizen, specialisten, huisartsen en thuiszorgorganisaties door samenwerking het best passende zorgaanbod bieden. Er zijn nu al zeer diverse, complexe samenwerkingsvormen op experimentele wijze tot stand gekomen voor bijvoorbeeld de behandeling en verpleging van AIDS, oncologische aandoeningen, terminale zorg en regionale samenwerking voor zorgverlening aan chronisch zieken. In de geestelijke gezondheidszorg bestaat de tendens tot deeltijdbehandeling, poliklinische behandeling en psychiatrische thuiszorg, inclusief alle daarvoor benodigde samenwerkingsverbanden. Binnen de randvoorwaarden van doelmatigheid en volumebeheersing kunnen dergelijke initiatieven een bijdrage leveren aan de noodzaak een flexibel en toegesneden zorgaanbod («zorg op maat») te realiseren. In dit licht is het kabinet ook van mening dat het proces van fusie, schaalvergroting en concentratie van functies dat zich de afgelopen 15 jaar voltrok bij ziekenhuizen, nu niet verder nagestreefd hoeft te worden. Dienstverlening, ook die van grote

<sup>16</sup> In 1993 verscheen het naslagwerk NHG-standaarden voor de huisarts, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht, 1993. Meer dan 95% van de huisartsen kent het standaardenbeleid van het NHG en tussen de 60% en 80% van de huisartsen kent de inhoud van de verschillende NHG-standaarden. Gemiddeld volgt bijna 70% van alle huisartsen de richtlijn uit deze standaarden. Na een periode van intercollegiale toetsing stijgt dit percentage tot 75 (Richtlijnenproject Nijmegen, 1994).

<sup>17</sup> De Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) is momenteel met subsidie van het Ministerie van VWS een naslagwerk van specialistenstandaarden aan het voorbereiden. Rapportage daarvan is te verwachten in de loop van 1995.

ziekenhuizen, in de vorm van voorposten dicht bij de burger sluit beter aan op de behoefte aan «zorg op maat».

Om te voorkomen dat door het streven naar de meest doelmatige vorm van langdurige zorg verstarring in het zorgaanbod optreedt, zal geleidelijk aan de mogelijkheid tot het verkrijgen van een persoonlijk zorgbudget worden uitgebreid. Daarnaast worden ook, via stroomlijning van bestaande regelingen, sectorale zorgvernieuwingsbudgetten gecreëerd.

De voornemens tot het vergroten van de doelmatigheid van de zorg op microniveau, het verstrekken van kwalitatief goede en voor de gebruiker geschikte zorg, en het strakker beheersen van de vraag naar zorgvoorzieningen en de kosten ervan, zijn op elkaar afgestemd. Een succesvol beleid op al deze terreinen vergt wel aanpassingen in de financiering van de zorg. Het «Bestuurlijk/Wetgevend Programma Zorgsector 1995–1998» gaat uit van een stringente scheiding tussen drie financieringscompartimenten: een collectieve verzekering voor langdurige zorg (AWBZ); een wettelijk vastgesteld pakket voor curatieve zorg via ziekenfonds en particuliere verzekeringen; en een aanvullend pakket, waarvoor de consument zich desgewenst aanvullend kan verzekeren voor zorgvoorzieningen die niet gedekt worden door de AWBZ of door het wettelijk vastgestelde pakket. Binnen elk compartiment bestaat een zekere mate van substitutievrijheid. Voor het eerste compartiment, de langdurige zorg, uit zich dat vooral in zorgvernieuwingsfondsen en uitbreiding van de mogelijkheid voor persoonlijke zorgbudgetten. Voor het tweede compartiment, de curatieve zorg, komt dat tot uitdrukking in uitbreiding van de vormen van transmurale zorg, samenwerkingsverbanden tussen categorieën zorgaanbieders en regionale afstemming.

Langdurige verpleging en verzorging vindt waar mogelijk thuis plaats. In het overgrote deel van de behoefte aan zorg voorziet de directe omgeving van de betrokkene, zonder dat daar een betaling tegenover staat. Deze informele hulp verschaft volgens het Sociaal en Cultureel Rapport 1994 aan 87 % van de hulpbehoevenden de zorg die ze nodig hebben. Wanneer informele hulp niet voldoende is, kan een beroep op professionele hulp gedaan worden, aan huis, op een spreekuur, of in instellingen. Dit betekent dat de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig blijft en daarbij ondersteund wordt door mantel- en professionele zorg. De informele zorg kan door de veranderingen in de samenleving onder druk komen te staan. Toenemende arbeidsparticipatie van met name vrouwen en grotere geografische mobiliteit maakt de beschikbaarheid van mantelzorg minder vanzelfsprekend<sup>18</sup>. De komende jaren zullen eventuele veranderingen in de beschikbaarheid van informele zorg nauwlettend gevolgd worden, in relatie met het totaal aan zorgaanbod.

<sup>18</sup> «11% van de volwassen bevolking geeft informele zorg: 15% van de vrouwen en 7% van de mannen. Men geeft deze hulp volgens een redelijk vast patroon gedurende bepaalde tijdstippen en op bepaalde dagen in de week. .. Onder de aanbieders van informele zorg zijn personen met een relatief lage sociaal-economische status oververtegenwoordigd. ... Persoonskenmerken, waaronder leeftijd en geslacht, en het wel of niet werken, dragen hier slechts voor 3% tot 4% bij aan de verklaarde variantie van het geven van informele zorg. Pas als de totale tijdsdruk van werk en huishoudelijke en opleidingstaken oploopt tot 55 uur per week – en dat betreft krap een kwart van de totale bevolking – neemt de informele zorg af.» SCP, *Informele zorg. Een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen*, Rijswijk 1994, p. 261.

Doordat verpleging en verzorging vaak langdurig aan dezelfde gebruiker verschaft worden, heeft deze vorm van zorgverlening een speciaal karakter. De consumenten van dit type zorg zijn, grosso modo, minder patiënt dan die in de curatieve zorg. Zij zullen, met hun beperkingen, in het merendeel der gevallen aan het maatschappelijk leven deelnemen. In de praktijk vraagt dit een beleidsinspanning, ook van andere departementen, om de voorwaarden hiervoor te scheppen en in stand te houden: aangepaste huisvesting, vergroting van de mobiliteit, mogelijkheden voor studie, sport en recreatie. Ook de houding van de directe omgeving en de maatschappij als geheel zijn van invloed op de mogelijkheden tot deelname aan het maatschappelijk leven van langdurige hulpbehoevenden. Organisaties van patiënten en consumenten vervullen een belangrijke rol bij de emancipatie van deze groeperingen. Het kabinet wil deze organisaties steunen en wil ook de advies- en uitvoeringsorganen in de zorg, gemeenten, werkgevers,

vakbonden, woningbouwverenigingen en sportverenigingen verzoeken dit te doen.

## **5.2. Hoofdpijnen van beleid**

In dit streven naar doelmatigheid met flexibiliteit tekenen zich een aantal hoofdpijnen van beleid af.

### *1. Consequenties van veranderende zorgbehoefte op zorgvoorzieningen*

Uit VTV blijkt dat langdurige ziekten als CARA, diabetes, reuma en dementie steeds vaker voorkomen. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat sommige ernstige infectieziekten en complicaties van meerling-zwangerschappen en vroeggeboorte toenemen. Deze omstandigheden zullen leiden tot een toenemend beslag op zorgvoorzieningen voor deze categorieën zorggebruikers. In het capaciteitsbeleid en de ontwikkeling van toetsingskaders zal een schatting van deze toekomstige behoefte aan bedden, specialisten en andere voorzieningen en menskracht, verrekend worden. Ook doelmatigheidsverbetering, netwerkontwikkeling op regionaal niveau en kennisuitwisseling dragen bij aan het tijdig voorzien in veranderende zorgbehoefte ten gevolge van verschuivende patronen van ziekte en sterfte onder de bevolking van Nederland.

### *2. Aanpassing van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV)*

De WZV is het instrument waarmee de consequenties van het ingezette zorgbeleid voor de bouw van intramurale voorzieningen tot uitdrukking worden gebracht. Op basis van beleidsmatige afwegingen wordt het te besteden bedrag per sector (ziekenhuizen, infrastructurele voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg, verpleeghuizen en infrastructurele voorzieningen voor gehandicapten) voor nieuwbouw en verbouwing vastgesteld. Beoogd wordt de bestaande voorzieningen op een kwalitatief hoog niveau te handhaven. Daar waar de behoefte afneemt de voorzieningen in te krimpen; of waar de behoefte toeneemt, deze uit te breiden. Doelstellingen bij dit beleid zijn kwaliteit, beschikbaarheid, bereikbaarheid, doelmatigheid en kostenbeheersing. Deze wet wordt aangepast, waarbij deregulering op uitvoerend niveau wordt nagestreefd.

### *3. Bevorderen van «zorg op maat» en doelmatigheid in de curatieve zorg*

Op geleide van de aanbevelingen van de commissie Modernisering Curatieve Zorg (de commissie-Biesheuvel), streeft het kabinet naar een verdere verbetering van de doelmatigheid in het medisch handelen. Dit houdt onder andere in dat de positie van de huisarts als poortwachter van de zorg wordt versterkt door de regiefunctie voor de daadwerkelijke zorgverlening in beginsel bij de huisarts te leggen en deze meer mogelijkheden te bieden voor specialistisch consult en diagnostiek. Verder betekent het een verdergaande integratie van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis, onder andere door managementparticipatie en een geïntegreerd budget, en een intensivering van de samenwerking tussen intra- en extramurale zorg. Daarmee ontstaan meer mogelijkheden om «zorg op maat» te bieden. Vanzelfsprekend dient de uitvoering van de voorstellen te worden getoetst aan de uitgangspunten voor kostenbeheersing en de inrichting van de verzekeringswetgeving.

Goede afstemming van het zorgaanbod en samenwerking tussen ziekenhuizen, huisarts en thuiszorgorganisaties maken het mogelijk complexe zorg vanuit het ziekenhuis ook thuis voor langere tijd te continueren. Essentieel is dat regionale afstemming plaatsvindt voor alle zorgvoorzieningen zodat het zorgaanbod past bij de zorgbehoefte in de betreffende regio.

Het kabinet onderschrijft de voorstellen tot het op programmatische wijze stimuleren van gepast medisch handelen door een doelmatige inzet van bestaande en nieuwe behandelwijzen, zorgvormen en genees- en hulpmiddelen. Ook de toepassing van standaarden en protocollen, en het bevorderen van internationale samenwerking op dit punt, verdient aanmoediging<sup>19</sup>. Een en ander zal in nauw overleg met de beroepsgroepen worden uitgewerkt. Het beleidsinstrumentarium tot stimulering van gepast medisch handelen wordt momenteel beoordeeld, waarbij wordt afgewogen of en zo ja hoe een wet op de medische technology assessment aanvullend kan zijn.

#### *4. Bevorderen van de flexibiliteit in het zorgaanbod en -gebruik; persoonsgebonden budgetten*

Het kabinet wil flexibele vormen van zorgverlening stimuleren, toegesneden op de specifieke behoefte van de consument, met een maximaal behoud van zelfredzaamheid. Dit geldt zowel voor de voorzieningen voor ouderen als voor duurzaam hulpbehoevende gehandicapten. Het kabinet streeft naar gestructureerde samenwerking op regionaal en lokaal niveau en het desgewenst toekennen van persoonsgebonden budgetten aan langdurig hulpbehoevenden. In eerste instantie is dit van toepassing op voorzieningen voor thuiszorg ten behoeve van ouderen, chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten. Voorshands wordt ernaar gestreefd om via subsidieregelingen van de Ziekenfondsraad persoonsgebonden budgetten in te voeren. Als uitgangspunten bij de invoering en toekenning van dergelijke budgetten gelden onder meer: budgettaire neutraliteit; keuzevrijheid van de verzekerde voor een persoonsgebonden budget of voor verstrekkingen in natura; en gelijkberechtiging van alle categorieën verzekerden.

#### *5. Modernisering van de ouderenzorg*

In het regeerakkoord is besloten dat bij de modernisering van de ouderenzorg de hoofdlijnen van het advies van de commissie-Welschen zullen worden gevolgd. Tevens is in het regeerakkoord het voornemen opgenomen de bejaardenoorden integraal over te hevelen naar de AWBZ. Vooruitlopend op de nota «Integraal Ouderenbeleid» zal een regeringsstandpunt over het rapport van de Commissie-Welschen de Kamer nog dit voorjaar bereiken.

#### *6. Stimuleren van de klinische geriatrie en de psychogeriatric*

Gezien de toename van het aantal oudere en geriatrische patiënten is het gewenst te blijven investeren in de uitbreiding van de klinische geriatrie. Voor onderzoek in de geriatrie zijn extra middelen gereserveerd, onder meer in het programma voor ontwikkelingsgeneeskunde.

De afgelopen jaren is een voortvarend beleid gevoerd om de knelpunten in de psychogeriatric weg te nemen. Het accent lag daarbij op het opheffen van intramurale capaciteitsproblemen, stimuleren van samenwerking tussen hulpverleners, deskundigheidsbevordering, ondersteuning van mantelzorgers en het ontwikkelen van zorgprogramma's ten behoeve van flexibele zorgverlening. Dit beleid begint zijn vruchten af te werpen en zal worden voortgezet. Extra aandacht zal daarbij uitgaan naar de implementatie van speciale programma's.

De Gezondheidsraad vraagt in een recent advies<sup>20</sup> aandacht voor het feit dat de oudere patiënt vaak te veel geneesmiddelen en te veel tegelijk, in te hoge dosering en gedurende te lange tijd krijgt voorgeschreven, of juist dat onderbehandeling optreedt vanwege de misvatting dat veel

<sup>19</sup> De «International Network of Agencies for Health Technology Assessment», (INAHTA), een netwerk tussen landen, werd in 1993 te Parijs opgericht. Nederlandse deelnemers zijn de Gezondheidsraad, de Ziekenfondsraad en TNO.

De voornaamste activiteit is elkaar informeren wie waar aan bezig is en wat de resultaten zijn van afgesloten kosten-effectiviteitsonderzoek. Zo zullen binnenkort de resultaten van ontwikkelingsgeneeskunde tevens beschikbaar komen aan buitenlandse belangstellenden. Voor de rapportage wordt een standaard format gebruikt. Naast wederzijdse informatie zal in 1995 voor de eerste maal een gemeenschappelijke activiteit worden ondernomen om een internationale richtlijn te formuleren met betrekking tot osteoporose.

Het EUR-ASSESS programma is een door de EU gefinancierd project. De bedoeling is te komen tot Europese afspraken over de wijze waarop medische technology assessment moet plaatsvinden.

H.D. Banta, From the Editor, EUR-ASSESS Newsletter No. 1, October 1994.

<sup>20</sup> Gezondheidsraad, Geneesmiddelen en ouderen, december 1994.



aandoeningen onvermijdelijke uitdrukkingen van de ouderdom zijn. In de opleiding tot arts of apotheker en via nascholing zou meer aandacht aan de gerontofarmacologie geschonken moeten worden.

#### *7. Reduceren van de cumulatie van eigen bijdragen voor duurzaam zorgafhankelijken*

Ongewenste cumulatie van eigen betalingen, waaronder eigen bijdragen, zal worden tegengegaan. In de brief van de minister van VWS over het chronisch ziekenbeleid (Kamerstukken II, 1994–1995, 22 025 nr. 8) is aangekondigd dat bezien zal worden of een systeem van een inkomensafhankelijk maximum aan eigen betalingen werkbaar is.

#### *8. Uitbreiden beschermde woonvormen in de psychiatrie*

Verder uitbreiden van beschermd en begeleid wonen voor (ex-)psychiatrische patiënten, ook met andere zorgvormen, zoals deeltijdbehandeling en psychiatrische thuiszorg.

#### *9. Versterken van consumenten- en patiëntenorganisaties*

De grotere zelfstandigheid van mensen in gewijzigde culturele en maatschappelijke verhoudingen hoort tot uitdrukking te komen door het versterken van consumenten- en patiëntenorganisaties en het vergroten van hun inbreng in de besluitvorming in de gezondheidszorg. De voornemens hiertoe zullen in het voorjaar nader uitgewerkt zijn.

### **5.3. Overzicht van beleidsvoornemens**

- 1. Het huidige systeem van gedetailleerde planning van intramurale zorgvoorzieningen via de WZV zal plaats maken voor een systeem van bouwprioritering, waarin hoofdlijnen van beleid gekoppeld worden aan financiële kaders. Hierin wordt ook de veranderende zorgbehoefte verdisconteerd. Er is een wetswijziging in voorbereiding die naar verwachting op 1 januari 1997 in werking zal treden. De investeringskosten in de bouw zijn hoog: voor 1995 is geraamd f 707 miljoen voor algemene en categoriale ziekenhuizen; f 764 miljoen voor verpleeghuizen; f 471 miljoen voor psychiatrische ziekenhuizen; en f 488 miljoen voor inrichtingen voor zwakzinnigenzorg. De exploitatiekosten van planning- en bouwbeslissingen bedragen in 1995 naar verwachting f 531 miljoen (volume plus nominaal).**
- 2. Aanbieding aan de Kamer van de kabinetsvisie op de standpunten van belanghebbenden naar aanleiding van het rapport van de Commissie-Biesheuvel «Gedeelde zorg: betere zorg». Hierin komt de rol en positie van huisartsen en specialisten aan de orde, evenals werkwijzen tot bevordering van een doelmatige en flexibele zorgverlening en de budgettaire consequenties. Deze kabinetsvisie zal de Tweede Kamer maart 1995 bereiken.**
- 3. Voortzetting van de vijf regionale experimenten waarin op diverse wijzen getest wordt hoe de uitvoering van de aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel kan worden vormgegeven. Deze initiatieven worden gekenmerkt door lump sum-afspraken tussen medisch specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars. Aan deze experimenten doen zo'n 1300 medisch specialisten mee en ze lopen tot 1998/1999. De evaluatie van deze experimenten wordt gesubsidieerd door de Ziekenfondsraad met f 15 miljoen.**

4. Voorbereiden van een systematische toepassing van medische technology assessment ter beoordeling van de kosten-effectiviteit van nieuwe en oude geneesmiddelen, hulpmiddelen en zorg. In de eerste helft van 1995 kan de Tweede Kamer een discussienota tegemoet zien waarin het beleid tot bevordering van doelmatigheid van zorg wordt uiteengezet en de rol daarbij van medische technology assessment. Stimuleren van het opstellen en gebruiken van richtlijnen en protocollen voor medische behandeling, onder meer op geleide van de systematische analyses. Verdere implementatie van de Kwaliteitswet: voortzetting van de ontwikkeling van kwaliteitssystemen per beroepsgroep en sector; ondersteunen van programma's voor intercollegiale toetsing.
5. Starten met de invoering van het persoonlijk zorgbudget via subsidieregelingen van de ZiekenfondsRaad voor – in ieder geval – de thuiszorg (zo spoedig mogelijk in 1995, een budget van f 10 miljoen is beschikbaar). Na evaluatie van lopende experimenten zal in 1995 worden besloten op welke wijze en onder welke condities met ingang van 1-1-1996 ook een persoonlijk zorgbudget voor verstandelijk gehandicapten kan worden ingevoerd. Het budget voor deze subsidieregeling zal de komende jaren substantieel worden verhoogd.
6. Het beleid over wonen en zorgen voor ouderen gaat op hoofdlijnen uit van de voorstellen van de Commissie-Welschen. Daarbij wordt ernaar gestreefd om een vloeiender overgang mogelijk te maken tussen zelfstandig wonen, wonen in een service-woning en wonen in een gezamenlijke woonvorm met een continu beschikbaar aanbod van zorg. Bij de voorzieningen voor ouderen blijft een onderscheid bestaan tussen intramurale zorg en wonen met extramurale zorg. Een plan van aanpak wordt in het voorjaar van 1995 gepresenteerd.
7. De ontwikkeling van de klinische geriatrie zal blijvend worden gestimuleerd. Concrete beleidsmaatregelen daartoe zijn thans in voorbereiding en worden opgenomen in het Aktieprogramma Ouderenbeleid 1995–1998 dat in de loop van 1995 aan de Kamer wordt gepresenteerd. In dit Aktieprogramma worden ook maatregelen opgenomen ter verbetering van het voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen aan/door ouderen.
8. Tegengaan van ongewenste cumulatie van eigen betalingen, waaronder eigen bijdragen, door te bezien of een systeem van een inkomensafhankelijk maximum werkbaar is. Hierbij zal ook het advies van de Nationale Commissie Chronisch Zieken en het Breed Maatschappelijk Standpunt «eigen bijdragen en cumulatie» betrokken worden.
9. Continueren van de stimulering van regionaal overleg binnen de geestelijke gezondheidszorg en evaluatie case-management op regionaal niveau voor [ex-]psychiatrische patiënten; verwerken van de resultaten ervan in de uitwerking van de regionale samenwerking tussen de diverse echelons in de GGZ. De ontwikkeling naar multifunctionele eenheden [MFE'en] zal in deze regeerperiode krachtig worden ondersteund. Dit is nodig om de streefcijfers van de nota «Onder Anderen» te halen. In concreto betekent dit sluiting op termijn van 2000 APZ-bedden met gelijktijdige ontwikkeling van RIBW'en en MFE'en.
10. De beleidsvoornemens voor het patiënten- en consumentenbeleid worden begin 1995 bij aparte nota aan de Tweede Kamer voorgelegd. Hierbij wordt tevens een overzicht geboden van de resultaten van het beleid van de afgelopen periode.

**11. Het kabinet onderschrijft het belang van de vrouwenhulpverlening. In 1993 is het Werkprogramma vrouwenhulpverlening van start gegaan. Doelstelling is dat partijen (vrouwenhulpverlening, zorgaanbieders, verzekeraars, consumenten en patiëntenorganisaties, het Ministerie van VWS) in gezamenlijke verantwoordelijkheid vrouwenhulpverlening een structurele plaats geven in de gezondheidszorg.**

## **HOOFDSTUK 6 ONDERSTEUNING VAN HET BELEID**

Terugkerend naar de ideaaltypische beleidscyclus zoals die aan het begin van hoofdstuk 2 is uiteengezet, blijkt er voor het onderbouwen van rationeel beleid nogal wat nodig. Wetenschappelijke kennis en een objectieve informatievoorziening zijn de ingrediënten voor een schets van uitgangssituatie en ontwikkelingen. Betrouwbare ramingsmethoden zijn onmisbaar bij het schatten van de effecten van omgevings- en beleidsveranderingen op gezondheid, zorggebruik en kosten van de zorg. Dankzij beleidsadvisering, overleg en uitvoeringstoetsen is het mogelijk een indruk te krijgen van de mate waarin belanghebbenden beleidsvoornemens zullen ondersteunen of verwerpen en van eventuele complicaties bij de uitvoering van voorgenomen beleid. Bovengenoemde onderwerpen komen in dit hoofdstuk aan de orde.

Drie andere onderwerpen behoeven in het perspectief van deze Nota ook aandacht: arbeidsmarkt, immateriële (ethische) kwesties, en internationale aangelegenheden.

### **6.1. Onderzoek**

De prioriteiten binnen het onderzoeksbeleid voor de komende jaren sluiten geheel aan bij de hoofdlijnen van het beleid: ze zijn geordend in een beperkt aantal thema's, die direct gekoppeld zijn aan de beleidsprioriteiten als uiteengezet in de hoofdstukken 4 en 5.

#### *Staat van de volksgezondheid, zorg en zorgstelsel*

De onderzoeken binnen dit thema beogen basiskennis te leveren over de uitgangssituatie en ontwikkelingen in gezondheidstoestand, zorgaanbod en zorggebruik. Deze basiskennis omvat een beschrijving van de gezondheidstoestand, de geobserveerde en te verwachten veranderingen daarin, en een analyse van de determinanten van gezondheid; een beschrijving en analyse van het zorggebruik; en een beschrijving en analyse van de werking van (belangrijke onderdelen van) het zorgstelsel. Ook het in hoofdstuk 4.3. aangeduide programma sociaal-economische gezondheidsverschillen valt hieronder.

#### *Financiering en structuur van het zorgsysteem*

Binnen dit thema vindt onderzoek plaats naar de modernisering van de gezondheidszorg als geheel of van belangrijke onderdelen ervan, zoals de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om een onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorgsector, een programma gericht op bevordering van de informatietechnologie in de zorg, onderzoek naar het effect van veranderingen in het verzekeringsstelsel, en projecten en onderzoek naar aanleiding van het advies van de Commissie-Biesheuvel.

### *Kwaliteit en doelmatigheid*

Dit thema omvat onderzoek in het kader van het kabinetsbeleid gericht op een krachtige bevordering van doelmatigheid en gepast gebruik van de zorgvoorzieningen. Ook onderzoek voor de ondersteuning van het kwaliteitsbeleid behoort tot dit thema.

### *Preventie, bescherming en ziektebestrijding*

Binnen dit thema valt het onderzoek naar de effectiviteit van preventie en de ontwikkeling van methoden voor medische technology assessment op dit terrein.

### *Patiënten- en consumentenbeleid*

De regering beoogt de medezeggenschap van gebruikers van zorgvoorzieningen en verzekerden in overleg- en adviesstructuren te versterken. De projecten en het onderzoek die voortvloeien uit dit beleid worden gefinancierd binnen dit thema.

### *Ethische en juridische zaken*

Het terrein van leven en dood, en van gezondheid en ziekte is doordrongen van zaken met diepgewortelde ethische componenten. Aan dit onderwerp is een aparte paragraaf gewijd (6.6). Voor het noodzakelijke onderzoek is een apart, weliswaar in omvang beperkt, budget beschikbaar.

### *Internationale zaken*

De ontwikkelingen binnen de Europese Unie en in Midden- en Oost-Europa, en meer in het algemeen, de toenemende internationale beïnvloeding op wereldschaal, nopen tot het expliciteren van de internationale aspecten van beleid. Ook hier is een aparte paragraaf aan gewijd (6.7). Voor de ondersteuning van projecten en onderzoek op dit terrein is een beperkt budget beschikbaar.

Voor het bewaken van de onderlinge samenhang en het faciliteren van de uitvoering van onderzoekprogramma's wordt momenteel een nieuwe intermediaire organisatie opgericht, het zogenoemde PEO-fonds. Deze organisatie krijgt als taak de programmering en financiering van projecten, experimenten en onderzoek op het gebied van de volksgezondheid op zich te nemen. Instelling van het PEO-fonds zal plaatsvinden onder gelijktijdig opheffen van het huidige Praeventiefonds. Deze nieuwe organisatie gaat nauw samenwerken met de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Over de voortgang van de in gang gezette veranderingen wordt de Kamer afzonderlijk geïnformeerd.

Tabel 3 geeft een overzicht van de bedragen die voor 1995 zijn gereserveerd voor onderzoek, projecten en experimenten, uit de rijksbegroting en de premiemiddelen. Het gaat hier om een totaalbedrag van ruim f 80 miljoen dat flexibel, op programmabasis, inzetbaar is. Daarnaast levert het Ministerie van VWS een financiële bijdrage aan de instandhouding van een deel van de Nederlandse kennisinfrastructuur. Deze basis- en/of doelfinanciering beperkt zich tot enkele buiten-universitaire instituten zoals NIVEL, NcGv, TNO, het Nederlands Kanker Instituut en het Instituut voor Revalidatievraagstukken. Het RIVM heeft een missie die specifiek is toegesneden op ondersteuning van het overheidsbeleid en van het Staatstoezicht; in dit geval is er dan ook sprake van capaciteitsfinanciering. De Ziekenfondsraad heeft verder nog een onderzoeksbudget

in beheer ten behoeve van onder meer het programma Ontwikkelings-geneeskunde. Bij het Ministerie van onderwijs, cultuur en wetenschappen berust de verantwoordelijkheid voor de instandhouding van de infra-structuur voor het bij de universiteiten uitgevoerde gezondheids-onderzoek.

**Tabel 3 Budget projecten, experimenten en onderzoek**

| Onderwerp                            | begrot. | premie | totaal |
|--------------------------------------|---------|--------|--------|
| toestand gezondheid, zorg en stelsel | 3,4     | 6,4    | 9,8    |
| structuur/financiering               | 2,4     | 2,9    | 5,3    |
| kwaliteit/doelmatigheid              | 18,1    | 7,9    | 26,0   |
| preventie en bescherming             | 25,7    | 3,9    | 29,6   |
| patiënten en consumenten             | 6,2     | 2,0    | 8,2    |
| ethische, juridische zaken           | 1,1     |        | 1,1    |
| internationale zaken                 | 0,7     | 0,3    | 1,0    |
| Totaal                               | 57,6    | 23,4   | 81,0   |

Budgetten ten laste van rijksbegroting en premiegelden, Wfv art. 39, lid 5

Al met al vormt het gezondheidsonderzoek één van de grotere sectoren van wetenschapsbeoefening. Daarbinnen neemt het PEO-programma van dit Ministerie maar een zeer bescheiden plaats in. Van de totale uitgaven aan gezondheidsonderzoek (budget in de orde van grootte van f 1 miljard per jaar) valt dus maar een fractie onder aansturing en beheer van het Ministerie van VWS. Het leeuwedeel van de uitgaven aan dit type onderzoek is gericht op de industriële research and development of de wetenschapsbeoefening. Voor meer gedetailleerde informatie zij verwezen naar de door de Raad voor Gezondheidsonderzoek uitgebrachte «Brede Analyse van het Gezondheidsonderzoek», drie deeladviezen waarop een regeringsstandpunt is vastgesteld, dan wel in voorbereiding is.

## 6.2. Informatievoorziening

Onderzoek alleen is niet voldoende om de informatie beschikbaar te krijgen die noodzakelijk is voor de ontwikkeling en evaluatie van beleid. De onderzoeksresultaten en de veelheid aan gegevens uit registratie-systemen moeten geordend worden tot toegankelijke informatie over de relevante beleidsterreinen. De situatie doet zich daarbij voor dat veel van de benodigde informatie niet beschikbaar is en veel van de beschikbare informatie niet nodig is of dermate ontoegankelijk is dat ze nauwelijks wordt gebruikt. In algemene zin moet zo'n situatie leiden tot aanpassing van het aanbod van informatie aan de behoefte. De behoefte wordt bepaald door de kerntaken en hoofdlijnen van beleid van het Ministerie van VWS, en betreft dezelfde onderwerpen die ook onder punt 6.1 werden genoemd. In het streven de behoefte aan informatie duidelijker te omschrijven hebben de Centrale Commissie voor de Statistiek, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad advies uitgebracht over het informatiebeleid van het Ministerie. De adviezen gaan in op de vraag aan welke informatie behoefte is voor de sturing en monitoring van het zorgstelsel, waar deze informatie kan worden verkregen en onder welke voorwaarden dat kan geschieden. Binnenkort zal de regering op deze adviezen terugkomen in de vorm van een actie- en investeringsprogramma.

Tegelijkertijd is het Ministerie bezig drie pijlers te definiëren van de informatievoorziening voor het Ministerie. Voor elk van deze pijlers bestaat of komt er een overzichtsdokument.

Pijler 1: Staat van de volksgezondheid, met bijbehorend overzichtsdokument de Volksgezondheid Toekomst Verkenning, de gezondheidstoestand van de inwoners van Nederland. Voor het eerst verschenen in 1993, volgende versie te verwachten in 1997. Coördinatie en eindverantwoordelijkheid bij het RIVM en gefinancierd uit de begroting van het RIVM (zie bijlage 1).

Pijler 2: Staat van de gezondheidszorg. De bedoeling is hiermee systematisch informatie te krijgen over de kwaliteit van de geleverde zorg en de factoren die de kwaliteit beïnvloeden. Thans in voorbereiding, medio 1995 zal naar verwachting de Inspectie voor de Gezondheidszorg kunnen starten met het samenstellen van dit document.

Pijler 3: Staat van het zorgstelsel. Het is de bedoeling dat het Financieel Overzicht Zorg geleidelijk een document wordt waarin overzichtsinformatie wordt verschaft over de omvang van het zorggebruik en de werking van het zorgstelsel. Daarmee ontstaat tevens een instrument voor beleidsevaluatie. Bovendien werkt de Taskforce Informatievoorziening FOZ, TIFOZ aan een verbetering van de gegevens over de feitelijk gerealiseerde uitgaven en financiering van het zorgstelsel.

De komende jaren zal een inspanning worden verricht om de samenhang tussen deze documenten te waarborgen.

Een apart onderwerp binnen de verbetering van de informatievoorziening is het gebruik van informatietechnologie. Sinds enkele jaren bestaat daarvoor een stimuleringsprogramma dat sterk gericht is op innovatie in het gebruik van de informatie- en communicatie-technologie in de zorgsector. De komende periode zal het accent liggen op het bevorderen van de toepassing van de resultaten van dat programma. De aansluiting op internationale ontwikkelingen heeft daarbij bijzondere aandacht. Het actieplan voor de «elektronische snelweg» van de regering kan hieraan eveneens een bijdrage leveren.

### **6.3. Ramingsmethoden**

Naast de beschikbaarheid van passend onderzoek en adequate informatievoorziening, vormen geobjectiveerde voorspellingen het derde onderdeel van de ondersteuning van beleid. De geobjectiveerde voorspellingen kunnen dienen als basis voor politieke besluitvorming.

Geobjectiveerde voorspellingen van de toekomstige gezondheidssituatie zijn gedaan aan de hand van schattingen van het vóórkomen van een dertigtal veel voorkomende ziektecategorieën (Volksgezondheid Toekomst Verkenning). Deze schattingen gingen uit van de prevalentie van die ziekten in 1990 en schatten hun vóórkomen in 2010 op basis van de zich wijzigende samenstelling van de bevolking naar leeftijd (zie ook bijlage 2). Modelontwikkeling voor de voorspelling van de toekomstige gezondheidssituatie vindt plaats in meerdere onderzoeksinstituten in Nederland.

In het FOZ wordt de beleidsmatige inzet voor de komende twee jaar gepresenteerd. Deze beleidsmatige raming is structureel lager dan de autonome ontwikkeling omdat wordt gestreefd naar volumebeheersing en kostenbeperking. Om deze autonome ontwikkeling beter in beeld te brengen, zodat deze kan gaan dienen als uitgangspunt voor het beleid, is in het FOZ-1995 aangekondigd dat een integraal ramingsmodel ontwikkeld zal worden voor het voorspellen van het totale gebruik en de totale kosten van zorg. Uitgaande van heldere afspraken over variabelen en eindpunten, kunnen op basis van deze voorspellingen door de politiek taakstellende kosten- en financieringskaders worden vastgesteld. In de

figuur in hoofdstuk 3 zijn enkele variabelen en hun aangrijpingspunten genoemd. Het model dient zo te zijn opgezet dat het mogelijk zal zijn om de effecten van beleidsmaatregelen op het gebruik en de kosten van de zorg door te rekenen. Daarbij staat het handelen centraal van belanghebbenden als consumenten, zorgproducenten, verzekeraars en overheid. Dit FOZ-brede model komt in twee fasen tot stand. In de eerste fase zal het middellange-termijn-model ontwikkeld worden door het CPB en het SCP, waarin de kosten en financiering, en de instrumenten tot beheersing van de kosten, worden gemodelleerd. Eind 1996 zal een eerste versie van dit model naar verwachting operationeel zijn. Nadat het middellange-termijn-model voldoende is uitgewerkt, kan het worden uitgebreid met een lange-termijn-variant waarin ook de veranderende gezondheidstoestand als variabele wordt gemodelleerd. Hierbij zal naar verwachting ook het RIVM een rol spelen. Voor de ontwikkeling van het ramingsmodel is f 800 000 per jaar gereserveerd.

#### **6.4. Advisering**

Vanaf 1984 is de relatie tussen parlement en externe adviesorganen aan de orde. Daarbij zijn terugkerende thema's: onvrede met de complexiteit van de besluitvorming; de vertragende rol van de advisering in de besluitvorming; de verstrengeling van belangen en het door elkaar heenlopen van advisering, overleg en uitvoering; de wens om het primaat van de politiek te versterken; en de met advisering gemoeide kosten.

Sinds het kamerdebat over het rapport «Raad op maat» is voortgang geboekt bij de nadere invulling en uitvoering van de aanbevelingen uit dit rapport. De concept-Woestijnwet (Herzieningswet adviesstelsel) bepaalt dat per 1 januari 1997 alle bestaande adviesorganen vervangen zullen worden door in principe één adviesraad per beleidsterrein. Tevens zullen uitvoeringsorganen hun beleidsadviestaak overdragen aan het nieuwe beleidsadviesorgaan.

Tegen deze achtergrond is de invulling van het beleidscluster volksgezondheid en premiegefinancierde maatschappelijke dienstverlening door ondermeer de «Raad voor de Zorgsector» aan de orde. Taak en samenstelling daarvan moeten wettelijk nog worden vastgesteld, evenals werkprogramma en financiering. Dit nieuwe adviesorgaan zal werkzaam zijn op het terrein van de volksgezondheid en de premie-gefinancierde maatschappelijke dienstverlening (bejaardenoorden, verpleeghuizen, intra- en semimurale dienstverlening voor gehandicapten en een aantal voorzieningen waarvoor de Ziekenfondsraad een subsidieregeling heeft). Ook het facetbeleid (beleid op het raakvlak tussen het zorgterrein en andere beleidsterreinen waarbinnen zich determinanten van gezondheid bevinden) behoort tot het domein van het nieuwe adviesorgaan. Aan het nieuwe adviesorgaan zal advies gevraagd worden over hoofdlijnen van het te voeren beleid, over onderwerpen die op middellange of lange termijn spelen en die zich nog in een vroege fase van de beleidsontwikkeling bevinden. De wettelijke adviesverplichting zal geschrapt worden, en voor ongevraagd of signalerend advies zal geen plaats meer zijn. Herstel van het primaat van de politiek houdt in dat geen advies gevraagd zal worden over onderwerpen waarover al een politiek besluit gevallen is. Ook houdt het in dat op elk uitgebracht advies een politieke standpuntbepaling zal volgen.

De nieuwe «Raad voor de Zorgsector» zal bestaan uit kroonleden, die niet op voordracht van een organisatie van belanghebbenden geselecteerd worden. De raad bestaat uit een voorzitter en maximaal 8 leden, alle voor maximaal 6 jaar benoemd. De raad kan een beroep doen op een deskundig, technisch/administratief secretariaat. Uit de begrotingsmid-

delen is voor 1996 hiervoor f 3,2 miljoen gereserveerd en voor 1997 f 4,8 miljoen.

## **6.5. Arbeidsmarkt in de zorgsector**

De werkgelegenheid in de zorgsector neemt, met circa 11% van de beroepsbevolking en een loonsom van ongeveer f 28 miljard in 1993, een prominente positie in op de arbeidsmarkt. De minister van VWS heeft een specifieke verantwoordelijkheid voor dit deel van de arbeidsmarkt. Uiteraard ligt de primaire verantwoordelijkheid voor zaken rond de arbeidsmarkt in de zorgsector bij organisaties van werkgevers en werknemers in de zorg. Zij zijn verantwoordelijk voor het werven en behouden van voldoende personeel, scholing, en zaken als functie-differentiatie en werkomstandigheden. De verantwoordelijkheid van de minister ligt vooral in het stimuleren van bovengenoemden tot een tijdige aanpassing van het personeelsbeleid aan wijzigende omstandigheden in inhoud en organisatie van de zorg (aangepaste zorgvormen en substitutie), in het personeelsaanbod (opleidingsniveau, multiculturele herkomst) en in de veranderende verhouding tussen vraag naar en aanbod van personeel.

De beleidsvoornemens over arbeidsvoorwaarden gaan vooral over de omvang en de besteding van de overheidsbijdrage aan de arbeidskostenontwikkeling. Tezamen met eigen financieringsmogelijkheden van instellingen, de ontwikkelingen in de produktiviteit en doelmatige bedrijfsvoering komt op die manier de totale ruimte voor de CAO-onderhandelingen tot stand. Dit overleg heeft geen wettelijke basis, maar wordt gevoerd op basis van een overeengekomen model. Zonodig wordt advies gevraagd aan een onafhankelijke commissie. Uiteindelijk beslist de overheid over de omvang van de bijdrage uit de collectieve middelen, terwijl de besteding ervan uiteindelijk een zaak is van de onderhandelingspartners bij de CAO (dus werkgevers en werknemers).

De beleidsvoornemens over arbeidsmarkt zijn vooral gericht op het stimuleren van een innovatief, samenhangend, en bij-de-tijds personeelsbeleid. Hiertoe zijn door werkgevers- en werknemersorganisaties sectorfondsen opgericht. Zij dienen een op innovatie gericht aanvullend beleid te voeren, instrumenten te ontwikkelen en resultaten van experimenten over te dragen. Het Ministerie van VWS draagt jaarlijks circa f 100 miljoen bij aan deze sectorfondsen. Deze middelen mogen aangewend worden op basis van bestedingsplannen. Via onder meer de bijdragen aan de sectorfondsen beoogt het Ministerie:

1. de regionale overlegstructuur, de regionale informatievoorziening en regionale afstemming van opleidingen te verbeteren;
2. de instroom van schoolverlaters te vergroten, door voorlichting, imagoverbetering en wervingscampagnes;
3. vooral ook de instroom van specifieke doelgroepen te stimuleren, zoals herintredende vrouwen, mensen van buitenlandse komaf en langdurig werklozen;
4. behoud van zittend personeel, onder meer via scholing, begeleiding van personen uit doelgroepen, kinderopvang, organisatievernieuwing, functiedifferentiatie, vermindering van ziekteverzuim, verbetering van sociaal beleid en werkomstandigheden.

Naast de bijdrage aan de sectorfondsen heeft het kabinet in 1994 structureel f 200 miljoen beschikbaar gesteld voor vernieuwend arbeidsmarktbeleid. Bovendien is vanaf 1995 structureel f 100 miljoen, met een nog te bepalen verhoging naar 1998, beschikbaar voor het scheppen van extra werkgelegenheid voor langdurig werklozen. Het gaat



hier om reguliere additionele banen van 32 uur per week voor eenvoudige werkzaamheden, met een honorering op of net boven het minimumloon.

De eerste helft van 1995 zal een nota verschijnen over het arbeidsmarktbeleid in de zorgsector. Deze nota zal verder ingaan op de beleidsvoornemens van de overheid en de wijze waarop deze in nauwe samenwerking met belanghebbenden kunnen worden uitgevoerd.

## **6.6. Immateriële wetgeving**

Leven of dood zijn spreekwoordelijk een kwestie van leven of dood. Als het gezondheid en ziekte aangaat, hecht iedereen bovendien bijzonder aan ieders recht op privacy. Kortom, het beleidsterrein van volksgezondheid en welzijn is doordrongen van kwesties met verregaande juridische vraagstukken en ethische consequenties. De praktische invulling van de beleidsvoornemens in de vorige hoofdstukken moet dan ook ingebed zijn in een kader waarin ook immateriële zaken helder geregeld zijn. Vaak kunnen dergelijke zaken heel goed binnen de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts of verzorger worden vormgegeven. Ook kan veel aan de zelfregulering binnen de beroepsgroepen worden overgelaten. Soms zal het echter nodig blijken zelfregulering te ondersteunen door wetgeving, te onderscheiden in materiële en immateriële wetgeving. Materiële wetgeving is in dit verband de wetgeving die alleen of hoofdzakelijk gericht is op het aanbod en de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen of de financiering daarvan. Het gaat daarbij om het regelen van datgene wat uit hoofde van het recht op gezondheidszorg behoort tot de overheidsverantwoordelijkheid en daarmee om het regelen van de «omstandigheden waaronder kan wat mag». Immateriële wetgeving is de wetgeving die gericht is op de rechtspositie van de patiënt in de gewone zorgverlening of in de verschillende bijzondere situaties waarin de patiënten of burgers extra rechtsbescherming of de zorgverleners extra inhoudelijke wettelijke richtlijnen voor hun handelen behoeven. Het gaat hierbij om het regelen van datgene wat ter bescherming van de rechtspositie van de patiënt noodzakelijk is en daarmee om het regelen van de «omstandigheden waaronder mag wat kan».

De laatste jaren is er onmiskenbaar vooruitgang geboekt bij de (voorbereiding van) wetgeving over de immateriële aspecten van het volksgezondheidsbeleid. De versterking van de rechtspositie van de patiënt in de zorgverlening heeft al voor een deel zijn beslag gekregen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), en zal dat verder krijgen in de aanhangige wetgeving over medezeggenschap, klachtrecht en kwaliteit van de zorgverlening. Versterking van de rechtspositie van de patiënt/burger en zorgverlener in bijzondere situaties is bijvoorbeeld aan de orde in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, het wetsvoorstel orgaandonatie en het wetsvoorstel medische experimenten. Ook aangelegenheden rond het begin van het leven (in het bijzonder omtrent fertilisatietechnieken), of rond het einde van het leven (Wet op de lijkbezorging) zijn en worden bij wet geregeld.

De (im)materiële wetgeving verkeert in een dynamisch proces, juist omdat de grenzen aan het «wat kan» in de zorg door nieuwe ontwikkelingen in de wetenschap steeds worden verruimd. Dit betekent dat voortdurend maatschappelijke discussies plaatsvinden over de vragen of de nieuwe mogelijkheden opgenomen behoren te worden in het reguliere zorgpakket. Hierbij moet uiteraard ook nadrukkelijk gelet worden op mogelijke neveneffecten en de rechtspositie van de patiënt. Soms zal het antwoord op die vragen zijn: nee, tenzij; of ja, mits; dus onder specifieke voorwaarden of beperkingen. Aanvaardbaarheid van nieuwe behandel-

wijzen hangt mede af van de juridische beginselen en de in de maatschappij heersende normen.

Immateriële wetgeving kan ook aangewezen zijn om aan de afweging van verschillende, elk afzonderlijk onomstreden, beleidsvoornemens verantwoord vorm te geven. Waar het bijvoorbeeld enerzijds tot het beleid hoort wetenschappelijk onderzoek te stimuleren dat erop gericht is de gezondheidstoestand en de kwaliteit van de zorg te verbeteren, is het anderzijds geboden de belangen van de proefpersoon of patiënt te beschermen, niet alleen tijdens een experiment (of behandeling) maar ook daarna. Zo is in de WGBO een regeling opgenomen voor de privacy-bescherming bij gebruik voor wetenschappelijke doeleinden van tot personen herleidbare gegevens. Deze regeling beoogt een evenwicht te vinden tussen het maatschappelijke belang van wetenschappelijk en statistisch onderzoek en het individuele belang dat de patiënt heeft bij geheimhouding en privacy.

## **6.7. Internationale aangelegenheden**

Internationale zaken spelen om minstens twee redenen een steeds belangrijker rol. De internationale omgeving is aanmerkelijk veranderd doordat de Europese Unie als supranationale organisatie zich sinds het Verdrag van Maastricht direct beweegt op het terrein van preventie en gezondheidsbevordering. Dit is van invloed op het Nederlandse beleid en op dat van andere internationale organisaties die actief zijn in Europa op het terrein van de volksgezondheid (o.a. WHO, Raad van Europa, OESO en Wereldbank). Anderzijds heeft de sterk toegenomen internationale mobiliteit (reizen en migratie) consequenties voor het voorkomen en de behandelbaarheid van infectieziekten.

Met de totstandkoming van de interne markt binnen de Europese Unie, inclusief de strikte regelgeving omtrent mededinging, is de markt van producten voor gezondheid en zorg al enige tijd een Europese aangelegenheid geworden. Zo vindt besluitvorming over de toelating van nieuwe farmaceutische producten, en over de veiligheid van voedingsmiddelen en van non food consumentenartikelen vooral in Brussel plaats, met dwingende regelgeving voor alle lidstaten. Verder is sinds het Verdrag van Maastricht op basis van Artikel 129 een actieprogramma door de Europese Commissie ontwikkeld op de terreinen van preventie van ziekten en bevorderen van de gezondheid. Daarin zijn de reeds lopende activiteiten gebundeld. Nederland spant zich in dit kaderprogramma te verbreden onder meer door onderbelichte gezondheidsproblemen, zoals chronische ziekten en psychische aandoeningen, meer op de voorgrond geplaatst te krijgen. In het kader van Artikel 129 heeft de Commissie overigens geen regelgevende bevoegdheid en vormt het subsidiariteitsprincipe het uitgangspunt. De organisatie en financiering van de zorg behoren nadrukkelijk tot de competentie van de lidstaten, behalve wanneer het Verdrag daartoe noopt, zoals bijvoorbeeld over kwesties rond mededinging.

Met de uitbreiding van taken betreft de EG een terrein dat tot voor kort voornamelijk het domein was van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) en de Raad van Europa. De WHO stelt sinds 1979 met de strategie «Health for All by the Year 2000» het verbeteren van de gezondheidstoestand van iedereen centraal. De WHO is daarmee op wereldschaal een bron van inspiratie voor het preventie- en facetbeleid en voor het terugdringen van vermijdbare sociaal-economische gezondheidsverschillen. Toch is de vooraanstaande plaats die de WHO steeds heeft ingenomen de laatste jaren, vooral in Europa (WHO-EURO), verminderd. Daaraan zijn niet alleen externe oorzaken debet (de opkomst van de EU en

de ontwikkelingen in Midden- en Oost-Europa), maar ook interne (trage besluitvorming en een kloof tussen ambities en budgettaire mogelijkheden). Nederland blijft de WHO steunen, maar dringt er krachtig op aan dat de WHO de ambities terugbrengt tot een klein aantal prioriteiten en, binnen Europa, nauwer samenwerkt met de EU en andere internationale organisaties.

De Raad van Europa concentreert de activiteiten voor de volksgezondheid meer en meer op een integrale benadering van de positie van de patiënt in relatie tot de zorg. Nederland ondersteunt dit. Nederland bevordert ook de totstandkoming van de «Bio-ethiek Conventie» als een uitwerking van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens. De OESO houdt de lidstaten een spiegel voor tot internationale vergelijking van het aanbod aan zorg, de uitgaven aan zorg en de knelpunten in het zorgbeleid. De Wereldbank, tenslotte, werkt in het rapport «Investing in health» (1993) suggesties uit tot verbetering van de doelmatigheid van de investeringen ter verbetering van de volksgezondheid.

De afstemming van activiteiten en informatie-uitwisseling tussen deze multinationale organen laat nog te wensen over, ook al wordt die geleidelijkaan beter. De Raad van Europa werkt op technisch en professioneel niveau met de WHO samen; de EU neemt soms de uitwerking over van resultaten van de Raad van Europa op politiek gevoelige terreinen als het onderwerp is uitgekristalliseerd. Gezamenlijk met enige andere landen spant Nederland zich in voor betere samenwerking tussen deze organisaties bij de planning van werkzaamheden.

De sterk toegenomen internationale mobiliteit in de vorm van zakelijk verkeer, vakanties en internationale migratie vormt een ander onderwerp van aandacht. De Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid signaleert in de Jaarrapportage 1993 een toename van infecties die vanuit het buitenland worden geïntroduceerd (vooral tuberculose, hepatitis A en scabiës). Gelukkig blijft het aantal personen dat voorafgaand aan een reis medisch advies inwint, sterk stijgen en blijkt het informatiesysteem voor reisorganisaties goed te voldoen. Introductie van tuberculose vanuit het buitenland wordt onder meer bestreden door sinds 1993 een screening op tuberculose verplicht te stellen voor elke buitenlander die in aanmerking wil komen voor een verblijfsvergunning. Ook asielzoekers en vluchtelingen worden kort na aankomst gescreend. De bestrijding van de introductie van multiresistente bacillen (ziekteverwekkers die zich niet met gangbare antibiotica laten bestrijden) via voornamelijk gerepatrieerde patiënten uit buitenlandse ziekenhuizen, blijkt volgens de Inspectie adequaat te zijn. Een alerte reactie op plotseling opkomende infecties blijft niettemin geboden.

## **6.8. Overzicht van beleidsvoornemens**

- 1. Onderzoeksbeleid: oprichting van een nieuwe intermediaire organisatie voor coördinatie en beheer van onderzoeksprogramma's van direct belang voor de beleidsvoorbereiding van het departement. Hiervoor zal een bedrag van ongeveer f 80 miljoen overgeheveld worden uit de rijksbegroting en uit premiegelden. Naar verwachting zal dit proces binnen twee jaar zijn afgerond. Over de voortgang ervan wordt de Tweede Kamer afzonderlijk geïnformeerd. Een wetsvoorstel is in voorbereiding.**
- 2. Informatievoorziening: presentatie van een programma van actie voor de verbetering van de informatievoorziening van het Ministerie in de loop van 1995. Verdere interne afstemming van de overzichtsdocumenten voor informatievoorziening (VTV, FOZ en Staat van de**

gezondheidszorg). Dit is een geleidelijk verlopend, langdurig proces, dat tot uitdrukking komt in steeds overzichtelijkere en bruikbaarere overzichtsdocumenten.

3. **Ramingsmethoden:** start van de ontwikkeling van een integraal ramingsmodel voor de middellange termijn voor de raming van gebruik en kosten van de zorg. Uitvoerders van de eerste fase zijn het CPB en het SCP. Start van het project begin 1995, model operationeel naar verwachting eind 1996. Budget f 800 000 per jaar.
4. **Advisering:** voorbereiding van de uitvoering van de concept-«Herzieningswet adviesstructuur» door uitwerking van plannen tot instelling van een «Raad voor de Zorgsector». In de loop van 1995 zijn deze voorbereidingen zover gevorderd dat gewerkt kan gaan worden in het perspectief van de nieuwe adviesstructuur.
5. **Arbeidsmarkt:** presentatie van een beleidsnota over het arbeidsmarkt-beleid in de zorgsector, waarin wordt ingegaan op het beleid over arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden en extra werkgelegenheid voor langdurig werklozen. Voorjaar 1995.
6. **Internationaal beleid:** ontwikkeling van een internationaal volksgezondheidsbeleid, inclusief een visie op de rol van de internationale organisaties werkzaam op het gebied van de volksgezondheid, hun onderlinge taakverdeling en hun samenwerking.

In 1991 verleende het Ministerie van WVC aan het RIVM de opdracht om in samenwerking met andere onderzoeksinstituten een overzichtsdokument samen te stellen van de gezondheidstoestand van de inwoners van Nederland. De opdracht specificeerde als doelstellingen:

1. het beschrijven van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in zo breed mogelijk perspectief;
2. het aangeven van de factoren (determinanten) die bepalend zijn voor de huidige gezondheidstoestand;
3. het aangeven van trends uit het verleden en mogelijke toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidstoestand en de determinanten daarvan;
4. het integreren en evalueren van de verzamelde informatie.

Daarmee zou dit overzichtsdokument bruikbaar moeten zijn als basis voor de evaluatie van lopend beleid, het stellen van prioriteiten in het beleid, het signaleren van nieuwe aandachtsgebieden voor beleid en onderzoek, en voor de kwantificering van de toekomstige zorgbehoefte.

In november 1993 werd het resultaat van deze opdracht, de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), door de Directeur-Generaal van het RIVM aangeboden aan de toenmalig Staatssecretaris van WVC: een boekwerk van zo'n 800 pagina's, waaraan onder regie van het RIVM ongeveer 150 wetenschappers, verbonden aan vele onderzoeksinstituten, hebben meegewerkt. De media hebben uitgebreid aandacht geschonken aan deze publikatie, evenals de wetenschappelijke vaktijdschriften. De Gezondheidsraad heeft op verzoek van de toenmalig Staatssecretaris van WVC een Commentaar op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning uitgebracht in 1994. Het Ministerie zelf organiseerde daarna een besloten conferentie om de mening over VTV te peilen bij een aantal deskundigen (op persoonlijke titel) afkomstig uit de geledingen van koepelorganisaties in de gezondheidszorg, wetenschappers en beleidsmedewerkers van andere ministeries. Op basis van het ontvangen commentaar uit al deze bronnen komt het kabinet tot het volgende standpunt.

1. VTV voldoet aan de opdracht. Het boek geeft op overzichtelijke manier de beschikbare kennis weer van de gezondheidstoestand, de ontwikkelingen daarin en oorzaken daarvan. De gegevens zijn geordend volgens een conceptueel model, zijn onderling vergelijkbaar en zijn, voorzien van de nodige waarschuwendende kanttekeningen, geëxtrapoleerd naar het jaar 2010. Ook is duidelijk gesignaleerd welke gegevens ontbreken voor het verkrijgen van een zo volledig mogelijk beeld van de situatie. Er is een strikte scheiding gerespecteerd tussen het verschaffen van objectieve, verifieerbare gegevens en het trekken van beleidsmatige conclusies. VTV beperkt zich, conform de opdracht, tot het verstrekken en analyseren van de objectieve gegevens en laat het trekken van de conclusies voor het beleid over aan de politiek.
2. In zijn Commentaar noemt de Gezondheidsraad VTV een gedegen en overzichtelijk werkstuk. Als overzichtswerk is VTV, overeenkomstig de opdracht, breed van opzet. De Gezondheidsraad constateert dat het nadeel van deze brede opzet is dat de auteurs tegen veel leemten in de kennis oplopen, leemten die op korte termijn niet zijn op te vullen. Ook bestaat enige kritiek op de wijze waarop ziekten zijn geclusterd en de daaruit voortvloeiende ordening van ziekten naar «belangrijkheid». Als basis voor het stellen van prioriteiten in het gezondheidsbeleid, vindt de Gezondheidsraad VTV tekort schieten. Er is te weinig aandacht geschonken aan de vraag welk deel van de ziektelast op termijn vermijdbaar is. De Gezondheidsraad is van mening dat juist het

beantwoorden van die vraag relevant is voor het beleid. De raad adviseert in een volgend VTV de opdracht wat specifiekere te formuleren en dieper in te gaan op de vermijdbaarheid van ziekten, waarbij het hele spectrum aan interventiemogelijkheden (primaire, secundaire en tertiaire preventie van ziekten en aandoeningen) in de beschouwingen wordt betrokken.

De meningen van de deelnemers aan de besloten conferentie lagen, afhankelijk van hun respectievelijke achtergronden, gespreid. De bruikbaarheid op micro-niveau (zorgaanbieders) bleek beperkt, terwijl koepelorganisaties die zich op macroniveau met gezondheid en zorg bezig houden, de bruikbaarheid van VTV daarentegen waardeerden. Geadviseerd werd om in een volgend VTV meer aandacht te schenken aan psychische problematiek, specifieke groepen uit de samenleving, weging van ziektelast en ernst van aandoeningen, de gevolgen van ziekte voor zorgbehoefte en zorggebruik, en de effectiviteit van zorg en preventie.

3. VTV is bij de voorbereiding van deze Nota intensief gebruikt. Voor hoofdstuk 2 vormde VTV een belangrijke bron van informatie. Voor de beleidsmatige analyse van de informatie uit VTV is samen met de TU-Delft een methode van multicriteria analyse ontwikkeld. Aan deze analyse is door een belangrijk deel van de ambtelijke top van het Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid en het Directoraat-Generaal Welzijn deelgenomen. De analyse heeft geleid tot een scherpere omschrijving van de doelstellingen van het beleid, en leverde een belangrijke bijdrage aan de prioriteitenstelling in het preventiebeleid en onderzoeksbeleid. Voor een betrouwbare schatting van de zorgbehoefte op termijn bleek VTV niet toegerust. De beschikbaarheid over een overzichtswerk als VTV maakte het mogelijk meer helderheid te krijgen over de informatievoorziening van het Ministerie en de organisatie daarvan.
4. Op basis van het commentaar van de Gezondheidsraad, van de deelnemers aan de besloten conferentie en van de ervaringen opgedaan met het gebruik van VTV door het Ministerie zelf, is besloten het RIVM de opdracht te zullen verstrekken tot het samenstellen van een volgende versie van VTV. Deze moet in 1997 afgerond zijn. In de opdracht zal staan dat VTV in 1997 over de hierna te noemen thema's zal rapporteren volgens de stand van de wetenschap van dat moment:
  1. een geactualiseerde beschrijving van de gezondheidstoestand en determinanten, met meer aandacht voor psychische aandoeningen;
  2. een specificatie van de gezondheidstoestand en gezondheidsrisico's naar groepen onder de bevolking en naar regio's;
  3. de weging van ziektelast en de vaststelling van maten voor de ernst van een aandoening;
  4. de effectiviteit van preventie;
  5. de effectiviteit van zorg;
  6. de zorgbehoefte en het zorggebruik per ziekte(categorie);
  7. prognoses van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand.

**Tabel 4** Vóórkomen en kosten van zorggebruik voor enkele belangrijke ziekten en beperkingen

| ziekte of functiebeperking | Aantal gevallen x 1000 |                |           | kosten zorggebruik 1988<br>(miljoen gld) |
|----------------------------|------------------------|----------------|-----------|--|
|                            | 1990                   | 2010 schatting | toename % |  |
| coronaire hartziekten      | 256                    | 355            | 38,9      | 815                                      |
| ongevallen (totaal)        | n.v.t.                 | n.v.t.         | n.v.t.    | 1377                                     |
| beroerte                   | 148                    | 199            | 34,9      | 1155                                     |
| CARA                       | 543                    | 667            | 22,7      | 450                                      |
| artrose                    | 774                    | 1046           | 35,1      | 504                                      |
| diabetes mellitus          | 245                    | 322            | 31,5      | 442                                      |
| verstandelijke handicaps   | 98                     | 100            | 2,1       | 2737                                     |
| dementie                   | 103                    | 142            | 38,7      | 1355                                     |
| longkanker                 | 17                     | 24             | 40,8      | 243                                      |
| borstkanker                | 62                     | 84             | 35,1      | 187                                      |
| depressie                  | 292                    | 364            | 24,6      | 618                                      |
| colon/rectumkanker         | 38                     | 52             | 35,7      | 224                                      |
| slechthorendheid           | 476                    | 638            | 34,1      | 176                                      |
| longontst. en bronchitis   | 33                     | 38             |           | 279                                      |
| gezichtsstoornissen        | 233                    | 312            | 33,9      | 222                                      |
| ziekte van Parkinson       | 35                     | 47             | 33,5      | 175                                      |
| schizofrenie               | 112                    | ?              | ?         | 587                                      |
| vroeggeboorte/neonaten     | ?                      | ?              | ?         | 224                                      |
| reumatoïde artritis        | 83                     | 106            | 28,9      | 159                                      |
| maag- darmzweer            | 78                     | 103            | 32,0      | 91                                       |
| maagkanker                 | 7                      | 10             | 37,4      | 87                                       |
| prostaatkanker             | 16                     | 22             | 39,2      | 84                                       |
| constitutioneel eczeem     | 378                    | 397            | 5,1       | 24                                       |
| acute urineweginfecties    | 25                     | 29             | 16,1      | 122                                      |
| multiple sclerose          | 11                     | 14             | 21,5      | 93                                       |
| AIDS                       | <1                     | <1             | 3,8       | 42                                       |
| non-hodgkin lymfoom        | 7                      | 9              | 31,9      | 62                                       |
| slokdarmkanker             | <1                     | <1             | 37,1      | 27                                       |
| osteoporose                | 37                     | 50             | 34,8      | 115                                      |
| Downsyndroom               | 13                     | ?              | ?         | ?  |
| inflammat. darmziekten     | <1                     | <1             | 7,3       | 37                                       |
| sepsis                     | <1                     | <1             | 26,8      | 39                                       |
| meningitis                 | <1                     | <1             | 5,6       | 37                                       |
| verkoudheid e.d.           | 17                     | 19             | 7,5       | 99                                       |
| influenza                  | 7                      | 8              | 12,1      | 19                                       |
| contact dermatitis         | 93                     | 97             | 4,9       | 6  |
| acute gastro-enteritis     | 3                      | 2              | 14,9      | 44                                       |

Bron: prevalentiegegevens VTV, p.141, 142 en 758, 759; kosten zorggebruik: communicatie van M. Koopmanschap (EUR/MGZ) aan RIVM/VTV.

Ter referentie: de totale kosten van zorggebruik bedroegen in 1988 ruim f 39 miljard.

N.B. Voor infectieziekten zijn incidentiecijfers omgerekend tot prevalentiecijfers; ongevals cijfers laten zich niet omrekenen tot prevalentiecijfers en zijn vermeld als n.v.t., niet van toepassing.

Voor aantallen ongevalsslachtoffers zie hoofdstuk 2.

De schattingen van het vóórkomen van ziekten in 2010 zijn gemaakt met verwerking van alleen de verwachte omvang van de bevolking en de samenstelling ervan naar leeftijd en geslacht.