Gezond gedrag bevorderd

Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie

Interdepartementaal beleidsonderzoek, 2006-2007, nr. 1

Inhoud

Samenvatting **4**

1 Inleiding **13**
1.1 Probleemstelling 14
1.2 Aanpak en leeswijzer 14

***2* Noodzaak en motieven voor overheidsingrijpen** **16**
2.1 Motieven voor overheidsingrijpen 16
2.2 Kengetallen van ongezond gedrag 18
2.3 Is er reden voor overheidsingrijpen? 19
2.4 Conclusie 26

3 (Kosten)effectiviteit van interventies **29**
3.1 Inleiding 29
3.2 Theorieën over bevorderen gezond gedrag 29
3.3 Toelichting op kosteneffectiviteitsanalyses 30
3.4 Resultaten kosteneffectiviteitstudies 31
3.5 Kosteneffectiviteit van gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming, ziektepreventie en curatie 43
3.6 Conclusie 44

4 Het huidige beleid **46**
4.1 VWS 47
4.2 Financiën 56
4.3 WWI (Grotestedenbeleid) 58
4.4 LNV 60
4.5 OCW 64
4.6 SZW 66
4.7 VROM 69
4.8 Decentrale actoren 71
4.9 Samenvattende beschouwing en conclusies 75

5 Beleidsopties **80**

Bijlage 1: Taakopdracht **85**

Bijlage 2: Leden werkgroep **88**

Bijlage 3: Literatuurlijst **89**

Bijlage 4: Wat is ongezond gedrag? Aard en omvang van het probleem **94**

Bijlage 5: Principes van gezondheidsbevordering n mogelijke instrumenten **98**

Bijlage 6: Kosteneffectiviteit van maatregelen: detailbespreking **101**

Bijlage 7: Kosten-effectiviteitratio's van interventies in gezondheidsbescherming, ziektepreventie en curatieve zorg **110**

Samenvatting

Met gezond gedrag is een aanzienlijke gezondheidswinst – in de vorm van een langere levensverwachting en een hogere kwaliteit van leven – te behalen. Maar ongezond gedrag kan ook genot en plezier opleveren. Hoewel mensen met gezond gedrag een langere gezondere levensverwachting hebben, gedraagt een deel van de mensen zich hier niet naar. Ongezond gedrag is een keuze, maar niet altijd een bewuste. De mogelijkheden om zich gezond te gedragen zijn ook niet voor iedereen even groot. Kinderen en mensen met een lage sociaal-economische status vragen hierbij speciale aandacht. Bij sommige mensen leidt ongezond gedrag tot afhankelijkheid en verslaving. Mensen wegen verder onvoldoende mee dat ongezond gedrag schade aan derden kan toebrengen.

Dit IBO richt zich op de bevordering van gezond gedrag toegespitst op het tegengaan van roken, op een verkeerd voedingspatroon en/of te weinig beweging (met overgewicht tot gevolg) en overmatig alcoholgebruik. Bijna 30% van de bevolking rookt. Rokers leven gemiddeld 7 jaar korter dan niet rokers. Vooral bij overgewicht is sprake van een toename van de gezondheidsschade. De afgelopen kwart eeuw steeg het aantal mensen met overgewicht van een derde tot bijna de helft van de bevolking. Extreem overgewicht (obesitas) komt bij ruim 10% van de volwassenen voor en verkort het leven met gemiddeld 4,5 jaar. Juist onder kinderen is de toename van overgewicht en obesitas het grootst. Overmatig alcoholgebruik levert een aanzienlijke ziektelast op en verkort de levensduur (het effect op de levensduur uitgedrukt in het verlies aan levensjaren is onbekend). Het komt voor bij 14% van de mannen en 10% van de vrouwen.

De vraag die centraal staat in dit IBO is:

"*Kan de doelmatigheid van het overheidsbeleid ten aanzien van gezondheidsbevordering via gedragsbeïnvloeding verbeterd worden en, zo ja, hoe?*"

De overheid heeft een grondwettelijke taak om de volksgezondheid te bevorderen, maar overheidsbeleid dat gezond gedrag beoogt te bevorderen, kan effecten hebben op de keuzevrijheid van mensen. Het beleid moet daarom goed gemotiveerd zijn. Bij de keuze voor een instrument dient bij voorkeur gebruik te worden gemaakt van een brede maatschappelijke kosteneffectiviteitanalyse. De mogelijke invloed van gezonder leven in termen van maatschappelijke kosten en baten is weergegeven in tabel 1. Niet alle effecten uit deze tabel kunnen in geld worden uitgedrukt.

Tabel 1: Effecten van gezonder gedrag

Type effect	Kosten	Baten
I Gezondheidseffecten		Gezondheidswinst
II Effecten in de zorg	Meer zorgconsumptie vanwege gewonnen levensjaren	Minder zorgconsumptie door grotere gezondheid
III Economische effecten	Meer consumptie vanwege gewonnen levensjaren[1]	Hogere arbeidsparticipatie en –productiviteit
IV Overige effecten	Gederfd plezier van ongezond gedrag	Maatschappelijke participatie, openbare orde, plezier van gezond gedrag etc.

Om de centrale vraag te beantwoorden zijn drie deelvragen geformuleerd. Deze worden hieronder beantwoord.

I In hoeverre is - vanuit preventieve of curatieve invalshoek - overheidsinterventie noodzakelijk? Hoe ziet de optimale instrumentenmix er uit?

Motieven voor overheidsbeleid
De legitimatie van overheidsoptreden kan worden gevonden in:

- externe effecten: dit zijn effecten van ongezond gedrag die neerslaan bij anderen;
- de omstandigheid dat mensen onvoldoende informatie hebben om een goede afweging te kunnen maken;
- normatieve overwegingen: de overheid kan van mening zijn dat het gedrag van mensen niet in hun eigen belang is (paternalisme) en kan van mening zijn dat zij een bijzondere verantwoordelijkheid heeft voor mensen in een achterstandssituatie (solidariteit).

Deze overwegingen kunnen aanleiding geven tot het voeren van beleid.

Externe effecten en (on-)gezond gedrag
De gezondheidswinst van gezonder gedrag komt vooral aan het individu zelf ten goede. Deze individuele bate vormt op zich geen voldoende motief voor het voeren van beleid. De nadelige effecten van ongezond gedrag op anderen (externe effecten) vormen wel een duidelijk motief voor overheidsingrijpen. Een eerste categorie externe effecten betreft de doorwerking van ongezond gedrag in de gezondheid van anderen. Een tweede categorie externe effecten betreft de gevolgen voor de collectieve uitgaven en ontvangsten.

[1] De effecten beperken zich hier grotendeels tot de gevolgen voor pensioenen. Tweede orde effecten als het effect van consumptie op de werkgelegenheid in een industrie worden niet meegenomen.

a) externe gezondheidseffecten:

- De gevolgen van alcoholmisbruik (zoals verkeersslachtoffers, huiselijk geweld waaronder kindermishandeling en openbare orde problemen). Ter illustratie: de externe kosten van schadelijk alcoholgebruik worden geschat op jaarlijks € 158 tot € 241 per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder. De hoogte van de accijns op alcohol bedraagt € 64 per 15-plusser;
- Meeroken is voor iedere niet-roker schadelijk. Dit geldt in het bijzonder voor schade aan ongeboren kinderen bij roken tijdens de zwangerschap, maar ook voor werknemers en (regelmatige) gasten in de horeca, meerokende baby's en kinderen. Door meeroken ofwel de blootstelling aan omgevingstabaksrook neemt het risico op longkanker met circa 20% toe. De accijnzen op tabak bedragen gemiddeld € 160 per hoofd van de bevolking en zijn naar verwachting gelijk aan of hoger dan de externe effecten[2];
- Het gedrag van ouders/verzorgers heeft gevolgen voor de gezondheid van kinderen. Dit geldt behalve voor roken, ook voor drinken, ongezond voedingsgedrag en overgewicht bij zwangere vrouwen en het bieden van ongezonde maaltijden door ouders voor thuiswonende kinderen.

b) gevolgen voor de collectief gefinancierde voorzieningen

Van de totale kosten van de gezondheidszorg is circa 6% toe te schrijven aan ongezond gedrag (ofwel circa € 3,5 miljard). Ongezond gedrag gaat op korte termijn gepaard met extra kosten voor de gezondheidszorg en met minder arbeidspotentieel (bijvoorbeeld als gevolg van ziekteverzuim), productie en belastingopbrengsten. De kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid door roken, alcoholmisbruik en overgewicht bedragen naar schatting € 3,3 miljard; ook het aanbod van vrijwilligers en mantelzorgers neemt er door af. Daar staat tegenover dat preventie – net als van de curatieve zorg – beoogt dat mensen langer leven; op termijn gaat dat dan weer gepaard met een groter beroep op collectieve voorzieningen als gezondheidszorg en AOW. Gezond leven leidt op de lange termijn tot meer kosten voor de gezondheidszorg. Uit modelberekeningen van het RIVM blijkt dat het uitbannen van overgewicht en de toename van de levensverwachting die daar het gevolg van is, tot 2% hogere zorgkosten over de levensloop leidt. Als geen enkele Nederlander meer zou roken, zou over de hele levensloop 6% meer worden uitgegeven aan medische zorg.

Per saldo is niet aan te geven of de totale collectieve uitgaven (zoals uitgaven aan gezondheidszorg en sociale zekerheid) en collectieve ontvangsten (belastingen en premies) hoger of lager uitvallen door ongezond gedrag.

Informatietekort en (on-)gezond gedrag

Informatietekort vormt een motief voor het voeren van beleid. Ten aanzien van roken is er geen of nauwelijks tekort aan objectieve informatie. De boodschap is helder, eenduidig en alom bekend: elke sigaret is er één te veel. Bij drank is dat al iets lastiger. Matig gebruik is - tenzij in het verkeer, bij gevaarlijk werk en tijdens zwangerschap - niet schadelijk maar zelfs bevorderlijk voor de gezondheid: bij mensen van middelbare leeftijd vermindert het zelfs het risico op hart- en vaatziekten.

Grotere informatieproblemen zijn er ten aanzien van voeding in relatie tot overgewicht en obesitas. Er is weliswaar veel objectieve informatie over voeding beschikbaar en het eigen gewicht geeft consumenten automatisch aan of hun voedings- en beweegpatroon in balans zijn. Naast deze objectieve informatie zijn er echter suggestieve reclame-

[2] Cnossen 2006a

uitingen, waardoor mensen toch nog op het verkeerde been kunnen worden gezet. Vooral kinderen worden hierdoor beïnvloed: hoe vaker ze naar reclames voor dikmakers kijken, hoe ongezonder ze eten. Hier is een motief voor (aanvullend) overheidsingrijpen aanwezig.

Normatieve overwegingen en (on-)gezond gedrag
Naast externe effecten en informatietekort kunnen normatieve overwegingen een motief zijn voor overheidsbeleid. Ten aanzien van *normatieve overwegingen* geldt dat:

- kinderen en jongeren bloot staan aan veel verleidingen ten aanzien van eten, roken en alcohol. Door de marketing van deze producten zijn ze – mede door groepsdruk en de soms verslavende werking van deze genotsartikelen – niet altijd in staat om de effecten van ongezond gedrag voor de langere termijn te overzien. Zo kan drankgebruik op jonge leeftijd tot hersenbeschadiging leiden en een verslavend effect hebben. Ook bij roken geldt dat jongeren de verslavende werking nog beperkt overzien;
- mensen met een lagere sociaal-economische status zich relatief vaak ongezond gedragen. Bij deze groep komt een aantal ongunstige factoren samen waardoor zij een kortere (gezonde) levensverwachting hebben dan mensen met een hogere economische status. Het gaat hierbij ook om het hebben van een minder gunstige fysieke en sociale context en het gegeven dat relevante informatie deze groep moeilijker bereikt. Laag opgeleide mannen en vrouwen leven gemiddeld respectievelijk 4,9 jaar en 2,6 jaar korter dan hoog opgeleiden. Het gemiddelde verschil in het aantal jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht is 15 jaar.

Conclusies voor de optimale instrumentenmix
Een optimale instrumentenmix sluit zo goed mogelijk aan bij de motieven voor overheidsbeleid. Dit betekent dat het beleid zich specifiek dient te richten op:

- het voorkomen of terugdringen van de schadelijke effecten van overmatig alcoholgebruik op anderen (vanwege externe effecten);
- het voorkomen van de schadelijke gevolgen van meeroken (vanwege externe effecten);
- objectieve informatieverschaffing: met name op het gebied van overgewicht en obesitas en met name aan kinderen en jongeren (vanwege informatietekorten)
- de leefstijl van kinderen en jongeren (vanwege externe effecten en vanuit normatieve overwegingen);
- mensen met een relatief lage sociaal-economische status (vanuit normatieve overwegingen).

II Hoe kosteneffectief is gezondheidsbevordering/gedragsbeïnvloeding vergeleken met andere vormen van preventie door gezondheidsbescherming of preventieve zorg of curatieve zorg?

Wanneer overheidinterventie noodzakelijk is, is het vervolgens van belang om kosteneffectieve instrumenten in te zetten. Deze leveren zoveel mogelijk effect per ingezette euro. Het beoogde effect kan bestaan uit gezondheidswinst van de doelgroep die ongezond gedrag vertoont en uit het tegengaan van schade aan derden.

Een belangrijke conclusie van het rapport is dat onze kennis over de kosteneffectiviteit van maatregelen om gezond gedrag te bevorderen onvolledig is. Idealiter kijkt empirisch onderzoek naar maatschappelijke effecten van beleid op korte en lange termijn, de gewonnen gezonde levensjaren, het gederfde plezier van ongezond gedrag, de zorguitgaven, de arbeidsparticipatie en productiviteit, de extra consumptie als gevolg van

het langere leven en mogelijke andere effecten (zie ook tabel 1). Bij de beoordeling van afzonderlijke maatregelen worden op dit moment alleen de kosten van de interventie meegenomen en in sommige gevallen ook die van de medische zorg tijdens gewonnen levensjaren. Veel andere maatschappelijke kosten en baten van (on)gezond gedrag blijven (nog) buiten beschouwing.

De beschikbare gegevens zijn (nog) niet van dien aard dat een optimaal pakket van maatregelen kan worden samengesteld. Zo zijn er nog geen systematische overzichten van kosteneffectiviteitanalyses van interventies gericht op bepaalde doelgroepen (kinderen, lage SES). Er zijn wel studies naar effectiviteit. Voor veel van de onderzochte interventies geldt dat aanvullend onderzoek wenselijk is om na te gaan onder welke voorwaarden grootschalige invoering succesvol zal zijn. Effectieve interventies in kleinschalige experimenten zijn namelijk nog geen garantie voor succesvolle invoering in (heel) Nederland.

Toch zijn er enkele voorzichtige conclusies te trekken over de kosteneffectiviteit van verschillende (overheids)interventies:

Informatievoorziening en leefstijlprogramma's
Het gebrek aan kennis over kosteneffectiviteit geldt onder andere voor interventies gericht op informatievoorziening en gezondheidsvoorlichting. Wel zijn er voorbeelden van massamediale campagnes, individuele begeleiding binnen de gezondheidszorg en school- of wijkgerichte interventies die gezond gedrag bevorderen, waarvan de kosteneffectiviteitratio tussen de 900 en 16.000 euro ligt (ingeval er geen zorgkosten tijdens extra gewonnen levensjaren worden meegenomen). In hoeverre en onder welke voorwaarden implementatie van deze interventies op grotere schaal kosteneffectief is, vraagt nader onderzoek.

Financiële prikkels (accijnzen, BTW)
Door financiële prikkels kan de gezonde keuze aantrekkelijker worden gemaakt ten opzichte van de ongezonde keuze. Momenteel worden accijnzen geheven op alcoholhoudende dranken en tabak. Als instrument om gedrag te beïnvloeden zijn fiscale instrumenten ongericht: ook de matige gebruiker betaalt immers accijns op alcohol of op tabak. Het instrument is niet specifiek gericht op het tegengaan van bijvoorbeeld meeroken of rijden onder invloed (extern effect) en is niet specifiek gericht op jongeren (extern effect en normatieve overwegingen). Ongerichtheid zou ook gelden voor heffingen op vet en suiker. Er zijn bovendien grenzen aan accijnsverhogingen vanwege belastingontduiking door smokkel en illegale productie.

Financiële prikkels zijn een relatief kosteneffectief instrument:
- Zij blijken de consumptie van roken en drinken te verminderen: een substantiële accijnsverhoging van bijvoorbeeld 20% (opbrengst circa € 400 miljoen voor tabak en circa € 200 miljoen voor alcohol) vermindert de consumptie van tabak met 3% à 10% en van alcohol met 1% à 2%. Jongeren en lage inkomensgroepen zijn relatief gevoeliger voor prijsstijgingen en matige drinkers zijn gevoeliger dan zware drinkers.
- Er zijn niet of nauwelijks meerkosten verbonden aan het heffen van accijnzen. Belastingen vullen de schatkist. Indien accijnzen worden vergeleken met een andere vorm van belastingheffing met dezelfde opbrengst, zijn er geen meerkosten aan verbonden (afgezien van uitvoeringskosten van het innen van deze belastingen).

Er is niets bekend over de effecten van het ontmoedigen van ongezond voedsel met financiële prikkels. Voeding valt onder het lage BTW-tarief. Het is lastig om ongezonde voeding goed af te bakenen, omdat bijvoorbeeld vet en suiker niet in alle hoeveelheden en in alle producten ongezond zijn. Een vet- of suikeraccijns lijkt daarmee lastig

uitvoerbaar en eveneens moeilijk in te passen in EU regelgeving. Het plaatsen van een evident ongezonde productcategorie (met veel vet of suiker zoals snoep) in het hoge BTW tarief gaat eveneens gepaard met afbakenings- en uitvoeringsproblemen.

Wettelijke ge- en verboden (inclusief handhaving)
Regelgeving kan redelijk tot zeer effectief zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor het rookverbod in openbare ruimten, de werkplek en het openbaar vervoer. Hierdoor is het aantal situaties waarbij niet-rokers worden blootgesteld aan meeroken gedaald. Deze maatregel blijkt (volgens onderzoek uit 2004) goed te worden nageleefd. De kosteneffectiviteit van deze maatregel is niet bekend. Drankmisbruik wordt bestreden via regelgeving ten aanzien van de minimumleeftijd waarop alcohol verkocht mag worden, de regels over de verkoop van sterke drank in slijterijen en alcoholcontroles in het verkeer. De handhaving van deze regelgeving schiet tekort. Dit geldt in het bijzonder voor de leeftijdsgrens van alcoholgebruik: volgens de Voedsel- en Warenautoriteit hebben jongeren onder de 16 – ondanks het verbod hierop – een slagingskans van 90% om alcohol te kunnen kopen. Handhaven van de leeftijdsgrenzen en alcoholcontroles zijn volgens buitenlands onderzoek effectief. De frequentie van alcoholcontroles en de kosteneffectiviteit van een hogere of lagere frequentie zijn in Nederland niet geëvalueerd.

Conclusies voor de optimale instrumentenmix
Op basis van de beschikbare kennis over kosteneffectiviteit en effectiviteit blijkt kortom:
- over voorlichting en leefstijlprogramma's is te weinig bekend om algemene conclusies te kunnen trekken voor het toekomstige beleid. Wel zijn effectieve voorbeelden bekend;
- financiële prikkels zijn relatief kosteneffectief maar ongericht;
- wettelijke ge- en verboden sluiten aan bij de motieven voor beleid (externe effecten en normatieve motieven). De regels ten aanzien van alcoholmisbruik worden niet voldoende gehandhaafd. Over de kosteneffectiviteit is niets bekend.

Vergelijking van kosteneffectiviteit tussen preventie en andere typen zorg
De gevonden voorbeelden van bewezen kosteneffectieve interventies binnen het domein van gezondheidsbevordering kosten alle minder dan € 20.000 per voor kwaliteit gecorrigeerde gewonnen levensjaar (QALY). Dat heeft mede te maken met de grenswaarde van € 20.000 per voor kwaliteit van leven gecorrigeerd levensjaar (QALY) die voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie vaak worden gehanteerd in (Nederlandse) wetenschappelijke publicaties.

In andere domeinen (ziektepreventie, gezondheidsbescherming en curatieve interventies) worden lagere maar ook veel hogere bedragen gevonden. Dit komt deels doordat bijvoorbeeld binnen curatieve zorg (bij acute nood) en gezondheidsbescherming (externe risico's) andere besluitvormingscriteria een rol spelen en hogere kosten aanvaardbaar worden geacht dan bij gezondheidsbevordering en deels doordat doelmatigheidswinst mogelijk is.[3] De hielprik (ziektepreventie) en de rookmelder (gezondheidsbescherming) zijn zorgkostenbesparende voorbeelden; ziektemanagement bij astma kost tot 1000 euro per QALY. Preventieve cholesterolverlaging (ziektepreventie; categorie 10.000 – 100.000 euro per QALY), voorkomen van legionellabesmetting (gezondheidsbescherming; categorie 100.000 tot 1 miljoen per QALY), EPO-behandeling bij nierdialyse en neurochirurgie bij hersentumoren (medische behandeling, categorie 100.000 tot 1 miljoen euro per QALY) zijn voorbeelden van dure interventies.

[3] Van Oers et al. 2002.

III Is de gezondheidsbevordering/gedragsbeïnvloeding goed georganiseerd?

Het beleid om gezond gedrag te bevorderen is breed en divers. Het zicht op de samenhang in het beleid ontbreekt veelal. De samenhang in het beleid van de rijksoverheid kan beter en de aandacht voor mogelijke beleidsexternaliteiten (de positieve of negatieve effecten op gezondheidsbevordering van beleid op andere terreinen) kan groter. Er zijn enkele witte vlekken in het beleid. Deze betreffen vooral de aandacht voor gezond gedrag bij ruimtelijke ordening en huisvesting (ruimte om te bewegen).

De rijksoverheid bepaalt enkele bevoegdheden en verantwoordelijkheden van decentrale actoren op het terrein van preventiebeleid. Decentrale actoren, zoals gemeenten en scholen, maken veel gebruik van de beleidsvrijheid op dit terrein. De rijksoverheid richt zich daarnaast met landelijke programma's, samenwerkingsverbanden en dergelijke ook rechtstreeks op het bevorderen van gezond gedrag door deze decentrale actoren, vooral scholen en gemeenten. Het betreft bijvoorbeeld:

- Project de gezonde school;
- Project alcohol en opvoeding;
- De alliantie sport en school (met als doel dat 90% van de scholieren een dagelijks sport- en beweegaanbod krijgt;
- Afspraken binnen het grote stedenbeleid met gemeenten om gezondheidsachterstanden in de stad terug te dringen. Zo is afgesproken om het percentage jongeren met overgewicht terug te dringen;
- De prijs gezonde schoolkantine;
- Een project smaaklessen.

Of deze initiatieven overlappen met het beleid van decentrale actoren is niet in kaart gebracht. De kosteneffectiviteit van deze programma's is niet onderzocht.

Beleid wordt veelal gemaakt en uitgevoerd door andere actoren dan het Rijk. De prikkels voor deze actoren om gezond gedrag te bevorderen zijn als volgt:

- Zorgverzekeraars. In de Zorgverzekering zijn gedragsinterventies die zijn gericht op gezonder gedrag van mensen die (nog) niet ziek zijn, niet gedekt. Voor zover zorgverzekeraars hiervoor dekking bieden is het via de aanvullende verzekeringen. De dekking van deze verzekeringen verschilt van verzekeraar tot verzekeraar. In het algemeen gaan investeringen in gezonder gedrag op termijn gepaard met hogere kosten voor de gezondheidszorg. Het is echter mogelijk dat het breed en systematisch investeren in vormen van gezondheidsbevordering kosten kan besparen in de zorgverzekering. In dat geval hoeven de kosten geen beletsel te vormen voor verzekeraars om in gezondheidsbevordering te investeren. Wel kunnen verzekeraars zich in het ontplooien van deze activiteiten geremd voelen door de jaarlijkse overstapmogelijkheid van verzekerden en door het systeem van risicoverevening. Een aandachtspunt bij de vormgeving van gezondheidsbevordering door verzekeraars is misbruik voor risicoselectie;

- Zorgaanbieders. Het handelen van zorgaanbieders is in het algemeen primair gericht op mensen met klachten en/of ziekten. Eerstelijnszorgaanbieders (vooral de huisartsen) verkeren in de positie om meer werk van gezondheidsbevordering te maken, ook voordat er sprake is van klachten of ziekte. Dit gebeurt niet breed en systematisch doordat deze zorg geen onderdeel is van de wettelijk verzekerde zorg en omdat de reguliere bekostigingssystematiek daartoe geen incentives bevat. Een uitzondering hierop is de eerstelijnszorg door verloskundigen, waar als onderdeel van goede zwangerschapsbegeleiding wordt gekeken naar preventie van ongezond gedrag zoals alcoholgebruik en roken tijdens de zwangerschap;

- Gemeenten. Gemeenten voeren onderdelen van hun preventiebeleid uit op basis van de Wcpv. Bij veel gemeenten is het preventiebeleid echter veel breder dan de kaders van de Wcpv. Zij leggen hiervoor verantwoording af aan de gemeenteraad;
- Scholen: Het zorgdragen voor de lichamelijke en psychische gezondheid is een van de kerndoelen van het basisonderwijs. Het is aan de scholen zelf hoe zij hier invulling aan willen geven. In het voortgezet onderwijs is lichamelijke opvoeding voor elk leerjaar en gedurende het hele leerjaar verplicht, maar het aantal uren dat daaraan wordt besteed is vrij. Er zijn geen centrale regels m.b.t. het aanbieden van snoep binnen de school. Concurrentie tussen scholen en de mate waarin ouders/verzorgers belang hechten aan gezondheid zijn bepalend voor de incentives van scholen om gezondheid te bevorderen;
- Werkgevers. De primaire verantwoordelijkheid voor verzuimbegeleiding en werkhervatting ligt gedurende de eerste twee ziektejaren bij werkgevers en werknemers. Deze verantwoordelijkheid gaat gepaard met financiële prikkels (o.a. de plicht tot loondoorbetaling bij ziekte). Hierdoor ontstaan prikkels voor een gezonde werkomgeving en een gezonde leefstijl van werknemers. Dat deze prikkels werken is gebleken uit evaluatieonderzoek en uit een daling van verzuim en arbeidsongeschiktheid.

Conclusies voor de instrumentenmix

- Er zijn veel actoren die zich bezig houden met het bevorderen van gezond gedrag. Veel initiatieven en incentives komen van gemeenten, scholen en in toenemende mate het bedrijfsleven. Rijksbeleid is van invloed op de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van deze actoren, en daarnaast ook op de incentives die deze actoren hebben om gezond gedrag te bevorderen;
- Bij de vormgeving of aanpassing van het rijksbeleid dient ervoor gezorgd te worden dat rijksbeleid complementair en niet dubbelop of contrair is aan activiteiten van andere actoren.
- Ook tussen departementen dient afstemming plaats te vinden gericht op het elkaar versterken bij de vormgeving van beleid en het voorkomen van tegenwerken.

Uitgangspunt voor de beleidsopties

Op basis van het antwoord op deze drie deelvragen is de werkgroep van mening dat een aanpassing van het huidige preventiebeleid wenselijk is, met als doel om dit beleid:

- zo goed mogelijk, rekening houdend met de verschillen per leefstijlfactor, te laten aansluiten bij de te onderscheiden motieven voor overheidsbeleid;
- beter gebaseerd te laten zijn op kennis over kosteneffectieve of effectieve maatregelen;
- zo te organiseren dat integraal beleid wordt gevoerd waarbij een expliciete afweging wordt gemaakt tussen het bevorderen van gezond gedrag en andere maatschappelijke doelen en voorkomen wordt dat dubbelingen of negatieve beleidsexternaliteiten ontstaan.

De volgende beleidsaanpassingen zijn in het Coalitieakkoord aangekondigd en inmiddels in gang gezet:

- rookvrije horeca (beoogd per 1 juli 2008);
- verscherping van controle of leeftijdsgrenzen bij alcohol;
- accijnsverhoging alcohol en tabak (opbrengst € 200 mln);
- opvoedondersteuning mede richten op gezondheid (o.a. via de Centra voor Jeugd en gezin);
- een verbod op reclame voor alcohol op radio en televisie tot 21.00 uur;

De onderstaande opties zijn aanvullend op het beleid dat recent in gang is en wordt gezet.

Samenvatting beleidsopties

1. *Vergroot de kennis over kosteneffectiviteit. Doe experimenten met interventies die gezond gedrag beogen te bevorderen. Voor zover het interventies in de huisartsenzorg betreft, zou de mogelijkheid hiertoe gecreëerd kunnen worden door gebruik te maken van de bestaande regeling module modernisering en innovatie huisartsen. Richt experimenten eveneens op preventieve activiteiten (die vooral de leefstijl van minderjarigen en mensen met een lage SES ten goede kunnen komen) die in aanmerking kunnen komen voor opname in het verzekerde basispakket.*
2. *Bevorder samenwerking tussen ministeries. Zorg voor meer samenhang in het preventiebeleid van het Rijk, bijvoorbeeld door de interdepartementale aanpak van de beleidsprioriteiten van de preventienota van het Rijk sterker te benadrukken.*
3. *Bevorder een omgeving die uitnodigt tot gezond gedrag. Houd in het ruimtelijke ordeningsbeleid en huisvestingsbeleid expliciet rekening met de mogelijkheden voor gezond gedrag (vooral ruimte om te bewegen). Geef hierbij in het bijzonder aandacht aan de mogelijkheden voor mensen met een lage sociale economische status.*
4. *Gebruik prijsmaatregelen en wet- en regelgeving optimaal. Zorg voor een betere handhaving van ge- en verboden: vooral m.b.t. het verbod op alcoholverkoop aan jongeren en de intensiteit van alcoholcontrole in het verkeer. Onderzoek ook de voor- en nadelen van een verbod op snoepautomaten op scholen. Onderzoek de mogelijkheden om productinformatie en gezondheidswaarschuwingen bij voeding te verbeteren en de mogelijkheden voor regulering van reclame- en marketingactiviteiten voor voeding gericht op kinderen. Beëindig regelingen met een bewezen groot deadweight loss en een geringe effectiviteit.*
5. *Overweeg op basis van een onderzoek naar de effecten op de gezondheid van jongeren, een verhoging van accijns op alcohol (bovenop de verhoging die in het Coalitieakkoord is afgesproken). Onderzoek hoe er voor kan worden gezorgd dat het gebruik van alcohol in sportkantines en op sportevenementen wordt verminderd. Onderzoek de mogelijkheden voor een financiële prikkel om mensen tot gezond eten te verleiden. Start hiervoor een onderzoek naar de mogelijkheden om een nader af te bakenen productcategorie onder het hoge BTW-tarief te plaatsen. Betrek bij dit onderzoek ook de verbruiksbelasting op niet alcoholische dranken.*
6. *Gebruik massamediale campagnes alleen in samenhang met andere maatregelen.*

1 Inleiding

Een lang en gezond leven is de wens van vrijwel iedereen. Ons gedrag staat het bereiken van dit ideaal echter maar al te vaak in de weg. Roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht leiden tot een aanzienlijk kortere gezonde levensverwachting.

De schadelijke effecten van ongezond gedrag zijn algemeen bekend. Al in de Griekse oudheid waarschuwden artsen dat obesitas schadelijk is voor de gezondheid. Zo staat in de Hippocratische *Aforismen* dat overeten ziekten kan veroorzaken en dat mensen die van nature dik zijn meer geneigd zijn om sneller te overlijden dan zij die dun zijn.[4] De Hippocratische artsen wezen al op het belang van bewegen en voeding. Dieetadviezen ontbraken evenmin. Om af te vallen werd ondermeer aanbevolen om voedsel met een zure smaak, oud brood en in zout geconserveerd vlees te eten.

Sinds het einde van de negentiende eeuw tracht de overheid gezond gedrag te bevorderen. Zo werd in 1881 onder het kabinet Van Lynden van Sandenburg de Drankwet ingevoerd. In deze Drankwet werd de verkoop van alcohol aan vergunningen gebonden (per 400 bewoners in een gemeente mocht één drankvergunning worden verleend). Verder werd de verkoop van sterke drank aan jongeren onder de zestien jaar verboden, het verstoren van de openbare orde als gevolg van dronkenschap werd als een overtreding aangemerkt en dronkenschap op de openbare weg strafbaar gesteld. In de Drankwet werd nadruk gelegd op de overlast en schade aan anderen als gevolg van drankmisbruik. Voor het overige was de liberale opvatting over bescherming van de burger tegen overheidsinmenging sterk aanwezig: wie zijn leven door de drank wilde verpesten, moest dat vooral zelf weten.

De inspanningen van de overheid om paal en perk te stellen aan ongezond gedrag zijn sinds de invoering van de Drankwet geleidelijk aan toegenomen. Naast beperkingen aan ongezonde gedragingen is de overheid actief met het bevorderen en aantrekkelijk maken van een gezonde leefstijl. Dit roept de vraag op of de overheid het juiste doet om een gezonde leefstijl onder de bevolking te bevorderen.

[4] Hippocrates 1931, p. 119

1.1 Probleemstelling

De vraag die centraal staat in dit IBO is:

"*Kan de doelmatigheid van het overheidsbeleid ten aanzien van gezondheidsbevordering via gedragsbeïnvloeding verbeterd worden en, zo ja, hoe?*"

Om deze vraag te beantwoorden, worden de volgende deelvragen gesteld:

I. In hoeverre is - vanuit preventieve of curatieve invalshoek - overheidsinterventie noodzakelijk? Wat is de rol van de overheid bij het bevorderen van gezond gedrag? Hoe ziet de optimale instrumentenmix eruit?
II. Hoe kosteneffectief is gezondheidsbevordering/gedragsbeïnvloeding vergeleken met andere vormen van preventie door gezondheidsbescherming of preventieve zorg of curatieve zorg?
III. Is de gezondheidsbevordering/gedragsbeïnvloeding goed georganiseerd?

Gedragsbeïnvloeding is een breed begrip. Dit IBO richt zich op gedragingen, waarbij er een directe link is tussen gedragsverandering en gezondheidsverbetering. Er wordt daarom aangesloten bij de leefstijlfactoren roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht en obesitas (voeding en bewegen) zoals die ook in de Preventienota 2006[5] worden genoemd. Dit zijn gedragingen waar veel (potentiële) gezondheidswinst te halen valt.

1.2 Aanpak en leeswijzer

Aanpak
Voor het beantwoorden van de vraag naar de verantwoordelijkheden van de overheid bij het bevorderen van gezond gedrag is gebruik gemaakt van een welvaartstheoretisch kader (brede maatschappelijke kosten-baten analyse). Hierbij staat de autonomie van de burger centraal. Op basis van dit uitgangspunt worden de motieven voor overheidsingrijpen geanalyseerd; er wordt niet alleen gekeken naar de directe kosten van maatregelen en de gevolgen voor de zorgkosten, maar bijvoorbeeld ook naar het nut dat mensen aan genotsmiddelen ontlenen en maatschappelijke overlast. De overheid kan van mening zijn dat zij een taak heeft om in te grijpen indien burgers onvoldoende kennis en informatie hebben over de gevolgen van hun gedrag, of als burgers last ondervinden of schade leiden door het gedrag van anderen. Daarnaast kan de overheid een bijzondere verantwoordelijkheid voelen voor specifieke groepen in de samenleving. In het bijzonder wordt hierbij gewezen op burgers die niet of onvoldoende in staat zijn zelfstandig keuzes te maken (waaronder kinderen) en burgers die in onze samenleving in opleiding, inkomen en sociale status het slechtst af zijn.

Naast de vraag waar de overheid moet ingrijpen, bekijkt het IBO op basis van beschikbare evaluaties hoe de overheid dit zo doelmatig mogelijk kan doen. Evaluaties van interventies beperken zich meestal tot een aantal onderdelen van het welvaartstheoretische kader. Soms worden de kosten van de interventie, de gevolgen voor de gezondheid en de gevolgen voor de zorgkosten onderzocht. Vaak ook zijn de gevolgen voor de gezondheid onbekend en is alleen bekend of de interventie een positief effect voor de gezondheid heeft, maar is de mate van dit effect onbekend. Hierdoor

[5] Kamerstuk 2006-2007, 22894, nr. 110, Tweede Kamer

beslaan de evaluaties zoals beschreven in hoofdstuk 3 slechts een onderdeel van het (brede) welvaartstheoretisch kader.

De doelmatigheid van het beleid heeft op de eerste plaats betrekking op de effectiviteit van de overheidsinterventies – gezondheidsvoorlichting, financiële prikkels en regelgeving - om gezond gedrag te bevorderen. Daarmee is de doelmatigheid van gezondheidsbevordering ook afhankelijk van de synergie en samenhang in het beleid. Onderwijs, de fysieke omgeving en de sociale context waarin burgers leven zijn cruciaal voor gezond gedrag. Een betere onderlinge afstemming van bestaande beleidsinspanningen – zowel op het niveau van de Rijksoverheid als binnen gemeenten – kan burgers helpen om gezond te leven. In de tweede plaats heeft de doelmatigheid betrekking op het efficiënt inzetten van de beschikbare middelen. Het streven van de overheid is om zoveel mogelijk bewezen (kosten)effectieve maatregelen in te zetten. Voor een aanzienlijk aantal maatregelen die gericht zijn op de bevordering van gezond gedrag is er een gebrek aan inzicht in de effectiviteit ervan. Dit inzicht is van belang voordat maatregelen op brede schaal worden ingevoerd. Om een groter inzicht te krijgen kunnen experimenten een belangrijke rol spelen. Ineffectieve interventies kunnen worden beëindigd, zoals dat in het verleden ook in de curatieve zorg bij herhaling het geval is geweest. Evaluatie van de kosteneffectiviteit van maatregelen is bovendien van belang bij rangschikking van maatregelen. Als verschillende maatregelen effect hebben voor dezelfde groep mensen, kan de meest doelmatige interventie worden gekozen.

Bij de vraag of de overheid moet ingrijpen en op welke wijze worden de verschillende maatschappelijke welvaartseffecten in beeld gebracht en tegen elkaar afgewogen. De weging van deze verschillende effecten is afhankelijk van de heersende maatschappelijke normen en waarden. Ook als de financiële uitgaven aan een instrument van overheidsingrijpen hoger zijn dan de opbrengsten, kan de overheid van mening zijn dat een interventie van belang is om een bepaald doel te bereiken. Dit kan bijvoorbeeld worden ingegeven door overwegingen die te maken hebben met een gevoel van rechtvaardigheid of gelijkheid, of doordat de overheid veel belang hecht aan het beschermen van mensen in de samenleving die niet goed voor zichzelf (kunnen) opkomen. Veel interventies in de curatieve zorg zijn op deze overwegingen gebaseerd.

Leeswijzer
In hoofdstuk 2 zal worden ingegaan op de vraag of en in welke gevallen en met welke motieven overheidsingrijpen noodzakelijk is. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens gekeken welke instrumenten daarvoor bestaan en in hoeverre die (kosten)effectief zijn. In hoofdstuk 4 volgt een beschrijving en beoordeling van het huidige beleid. In hoofdstuk 5, ten slotte, presenteren we enkele beleidsvarianten ter verbetering van de doelmatigheid van het huidige beleid.

2 Noodzaak en motieven voor overheidsingrijpen

2.1 Motieven voor overheidsingrijpen

Gezondheid is een groot goed. Dat geldt voor ieder mens op zich en voor de samenleving als geheel. De overheid heeft daarom een grondwettelijke taak om de volksgezondheid te bevorderen. Tegelijkertijd is de individuele keuzevrijheid, ook ten aanzien van gezond gedrag, het uitgangspunt.[6] Dit betekent dat er goede rechtvaardigingsgronden aanwezig dienen te zijn voor het voeren van preventiebeleid. Daarnaast moet de overheid rekening houden met overwegingen van kosten, doelmatigheid en kosteneffectiviteit.

De overheid gaat ervan uit dat de burger zelf het beste in staat is keuzes te maken overeenkomstig de eigen voorkeuren en op basis van wat de markt aanbiedt. Dat geldt ook voor de keuze van leefstijl. Naast de markt bepaalt de fysieke en sociale omgeving de bandbreedte waarbinnen gezond gedrag mogelijk is. Het aanbod van de markt en de uitkomst van de keuzes van individuen hoeven niet optimaal te zijn voor de maatschappij als geheel. Iemand kan last hebben van de keuzes van een ander. Sommige burgers kunnen daarnaast de “beste” keuze (nog) niet zelf maken. Ook kan de overheid uit rechtvaardigheidsoverwegingen een bijzondere verantwoordelijkheid voelen voor mensen die het slechtst af zijn in de samenleving. Daarmee kunnen er verschillende motieven voor de overheid zijn om in te grijpen:

- externe effecten: dit zijn effecten van ongezond gedrag die neerslaan bij anderen;
- informatietekort: de omstandigheid dat mensen onvoldoende informatie hebben om een goede afweging te kunnen maken;
- normatieve overwegingen: de overheid kan van mening zijn dat het gedrag van mensen niet in hun eigen belang is (paternalisme) en kan van mening zijn dat zij een bijzondere verantwoordelijkheid heeft voor mensen in een achterstandssituatie (solidariteit).

Om op een systematische manier te kijken naar de maatschappelijke effecten van gezond gedrag wordt gebruik gemaakt van onderstaand schema. Het schema geeft alle effecten van het veranderen van een ongezonde in een gezondere leefstijl weer, in kosten en baten. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in gezondheidseffecten, effecten voor de zorgconsumptie, effecten op de economie, met name arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit, en overige effecten. Het gaat hierbij zowel om effecten voor het individu zelf (zoals gezondheidswinst) als om effecten op de rest van de maatschappij (bijvoorbeeld het effect op collectief betaalde gezondheidskosten). Het schema is geen optelsom met een eenduidig saldo omdat niet alle effecten in geld kunnen worden uitgedrukt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de gezondheidswinst (langer gezond leven).

[6] onder meer Grondwet, art. 10 en 11

Tabel 1: Effecten van gezonder gedrag

Type effect	Kosten	Baten
I Gezondheidseffecten		Gezondheidswinst
II Effecten in de zorg	Meer zorgconsumptie vanwege gewonnen levensjaren	Minder zorgconsumptie door grotere gezondheid
III Economische effecten	Meer consumptie vanwege gewonnen levensjaren[7]	Hogere arbeidsparticipatie en –productiviteit
IV Overige effecten	Gederfd plezier van ongezond gedrag	Maatschappelijke participatie Openbare orde, plezier van gezond gedrag etc.

Externe effecten

De kosten en baten van gezond gedrag slaan deels neer bij het individu zelf (interne effecten) en deels bij de rest van de maatschappij (externe effecten). Dit onderscheid is van belang voor eventueel overheidsingrijpen: als anderen hinder van individueel ongezond gedrag ondervinden, kan dat voor de overheid reden zijn om in te grijpen. De mate waarin een effect neerslaat bij een individu of bij de maatschappij, hangt mede samen met de wijze waarop de verdeling van kosten wettelijk of anderszins geregeld is (instituties): het is bijvoorbeeld van belang of ziektekosten en pensioenen collectief betaald worden. In het Nederlandse stelsel is het effect van (on)gezond gedrag op de zorgkosten grotendeels aan te merken als extern, omdat deze kosten collectief worden betaald op grond van wettelijke regelingen (ZVW en AWBZ).

Informatietekort

Om goede keuzes te maken moeten consumenten goed zijn geïnformeerd. Burgers moeten onafhankelijke en betrouwbare informatie hebben welk gedrag gezond en welk gedrag ongezond is. In sommige gevallen zorgen marktpartijen voor de benodigde informatie, in andere gevallen zijn het juist marktpartijen die onjuiste of onvolledige informatie geven, bijvoorbeeld in reclame voor een ongezond product. Indien burgers over onvoldoende objectieve informatie beschikken om de juiste keuze te maken, kan er voor de overheid een rol weggelegd zijn deze informatie te verschaffen.

Normatieve overwegingen

De overheid kan van mening zijn dat (bepaalde groepen van) individuen, ook als hen alle informatie bekend is en als alle gevolgen van een bepaalde handeling bij dat individu neerslaan, niet in staat zijn zelf de - voor henzelf - juiste keuzes te maken. Een veelgehoord argument hierbij is dat mensen soms kortzichtig zijn: ze zijn niet in staat om de lange-termijn gevolgen in hun beslissing te betrekken. Deze kortzichtigheid kan worden versterkt als een individu er onvoldoende rekening mee houdt dat een leefstijl verslavend kan zijn, dan wel dat het niet eenvoudig is deze leefstijl te veranderen. Er kan ook reden voor overheidsingrijpen zijn als er voldoende informatie is, maar een tekort aan vaardigheden de belemmerende factor is voor gezond gedrag.

Met name minderjarigen kunnen nog onvoldoende overzien wat de gevolgen van hun gedrag zijn en zij zijn mogelijk onvoldoende gewapend tegen de verleidingen in hun omgeving. Ouders zijn niet altijd in de buurt van hun kinderen, vragen soms ondersteuning om weerstand te kunnen bieden tegen de wensen van hun kinderen, maar

[7] De effecten beperken zich hier grotendeels tot de gevolgen voor pensioenen. Tweede orde effecten als het effect van consumptie op de werkgelegenheid in een industrie worden niet meegenomen.

maken ook keuzes die ongezond zijn voor kinderen. Daarbij hebben reclame en groepsgedrag ook een relatief groot effect op het eigen gedrag van kinderen.

De overheid kan daarnaast van mening zijn dat, ook wanneer de markt werkt, ingrijpen noodzakelijk is vanuit een bijzondere verantwoordelijkheid voor mensen in een achterstandssituatie. Vooral mensen met een lage sociaal-economische status (SES) leven korter dan mensen met een hoge SES. Laag opgeleide mannen en vrouwen leven gemiddeld respectievelijk 4,9 jaar en 2,6 jaar korter dan hoog opgeleide mannen en vrouwen. Het gemiddelde verschil in het aantal jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht is 15 jaar. Ten slotte kan de overheid van mening zijn een verantwoordelijkheid te hebben ten aanzien van de fysieke en sociale omgeving waarin leefstijl tot stand komt.

Hieronder wordt voor de leefstijlfactoren overgewicht (voeding en bewegen), alcoholgebruik en roken bekeken in hoeverre ze tot een gezondheidsprobleem leiden. Vervolgens wordt bekeken in hoeverre bovenstaande motieven voor overheidsingrijpen van toepassing zijn.

2.2 Kengetallen van ongezond gedrag

De volgende kengetallen geven inzicht in de gevolgen van een ongezonde leefstijl ten aanzien van roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht en obesitas.

Tabel 2: Kengetallen ongezonde leefstijl[8]

kengetal	roken	overmatig alcoholgebruik	overgewicht en obesitas
a) Effecten op de gezondheid			
- Prevalentie	Mannen 3	M: 14%; V: 10%.	Overgewicht: M 53%; V 41%; Obesitas: M 10%; V 11%
- aantal jaren korter leven (individu)	7	niet bekend	4,5 (bij obesitas)
b) Positie t.o.v. EU-15			
Potentiële winst bij toppositie NL in EU (levensjaren)	Mannen 0,6 jaar; Vrouwen 0,5 jaar	M: 0,2 jaar; V: 0 jaar.	Inactiviteit: M 0,6 jaar; V 0,6 jaar
c) Zorgkosten			
Zorgkosten (* € miljoen; % totaal 2003)	2.129 = 3,7%	230 = 0,4%	1.151 = 2,0%

Uit de cijfers komt naar voren dat, na overgewicht, roken de meest verbreide ongezonde gedraging is (bijna 30% van de bevolking), gevolgd door overmatig alcoholgebruik en obesitas (elk ruim 10%). Rokers leven gemiddeld 7 jaar korter dan niet-rokers, obesen gemiddeld 4,5 jaar korter dan mensen met een gezond gewicht. Vooral bij overgewicht is

[8] Overmatig alcohol is 3 of meer glazen alcohol per dag voor mannen en 2 of meer glazen per dag voor vrouwen; Er is sprake van overgewicht wanneer iemand te zwaar is in verhouding tot zijn of haar lengte. Ernstig overgewicht wordt obesitas[8] genoemd. Overgewicht (BMI = Body Mass Index (BMI) >= 25 kg/m2); ernstig overgewicht (obesitas, BMI >= 30 kg/m2). BMI = maat voor (over)gewicht in kg/m2.

er een toename van de gezondheidsschade. De afgelopen kwart eeuw steeg het aantal mensen met overgewicht van een derde tot bijna de helft van de bevolking. Het percentage van mensen met obesitas is sinds 1980 verdubbeld van 5% tot 11% van de volwassenen. Indien de ontwikkeling zich voortzet zal in 2015 naar schatting 15% tot 20% van de volwassenen in Nederland obees zijn.[9] Een indicatie voor de potentiële winst van gezond gedrag is de toename in de gemiddelde levensverwachting als Nederland op gelijke hoogte zou komen met het best (meest gezond) scorende land van de EU-15: ongeveer een half jaar bij roken en ruim een half jaar bij inactiviteit (bewegen). Bij alcoholgebruik onder vrouwen staat Nederland al op de toppositie.[10]

2.3 Is er reden voor overheidsingrijpen?

In de inleiding zijn drie redenen voor overheidsingrijpen genoemd: externe effecten, informatietekort en normatieve overwegingen.

Externe effecten

Externe effecten zijn effecten van (*on*gezond) gedrag die neerslaan bij anderen dan het individu zelf (een voorbeeld is meeroken). In deze paragraaf worden de externe effecten van ongezond gedrag gezet naast de effecten voor het individu zelf. Daarbij worden gezondheidseffecten, effecten op de zorgkosten, economische effecten en overige effecten achtereenvolgens langsgelopen (zie schema 1 in paragraaf 2.1).

I. Gezondheidseffecten

Overgewicht en obesitas
De gezondheidswinst die te boeken valt slaat grotendeels neer bij het individu zelf: obese personen van 20 jaar hebben een 4,5 jaar kortere levensverwachting dan 20-jarigen met een gezond gewicht.[11] Er zijn ook externe effecten. Overgewicht tijdens zwangerschap heeft nadelige effecten voor de baby. Een extern effect treedt ook op als ouders geen gezond voedsel bereiden en de kinderen hetzelfde ongezonde voedsel krijgen. Ouders geven dan hun ongezonde gedrag door aan hun kinderen.

Schadelijk alcoholgebruik
Schadelijk alcoholgebruik levert een aanzienlijke ziektelast op. Dit gaat vooral om fysiek, psychisch en sociaal functioneren van patiënten, maar ook de gezonde levensverwachting wordt bekort naarmate het overmatig alcoholgebruik toeneemt.[12] Deze gevolgen van alcoholgebruik slaan voor een deel bij de persoon zelf neer. Daarnaast is er een aanzienlijk extern (gezondheids)effect. Kindermishandeling, huiselijk geweld en geweldsmisdrijven worden vaak gepleegd onder invloed van alcohol. Circa 10% van het aantal verkeersongelukken is direct of indirect te wijten aan het gebruik van alcohol. Er

[9] Gezondheidsraad 2003a

[10] Van Oers et al. 2002

[11] Van Baal et al. 2006

[12] Voor een 40-jarige Nederlander die overmatig drinkt wordt geschat dat dit voor de bevolking als geheel een verlies in levensverwachting van 0,2 levensjaren met zich meebrengt (Verschuren et al, 2004). Het effect op de individuele levensverwachting is onbekend.

worden jaarlijks ongeveer 170 verkeersdoden geregistreerd waarbij alcoholgebruik in het geding is.[13] Dit betreft voor een deel externe effecten. Ook is alcoholgebruik een risicofactor tijdens de conceptie en de zwangerschap.

Roken

Tabaksgebruik is de belangrijkste enkelvoudige oorzaak van ziekte en sterfte. Het overgrote deel hiervan slaat neer bij het individu dat zelf rookt. Stoppen met roken verlengt de levensverwachting. Wie stopt vóór het bereiken van de middelbare leeftijd wint gemiddeld 10 jaar levensverwachting; voor wie stopt op zijn 40^{e}, 50^{e} of 60^{e} bedraagt de toename van de levensverwachting respectievelijk 9, 6 en 3 jaar.[14]

Bij roken is er een extern (gezondheids)effect: een deel van het gezondheidsverlies slaat neer bij mensen die niet roken. Roken tijdens de zwangerschap schaadt de ontwikkeling van het kind.[15] Roken verhoogt de kans op wiegendood. Door passief roken (meeroken) ofwel de blootstelling aan omgevingstabaksrook neemt het risico op longkanker met circa 20% toe en stijgt het risico van hartaandoeningen met 20% à 30% ten opzichte van mensen die niet aan tabaksrook worden blootgesteld.[16] [17] Dit betekent dat in het verleden jaarlijks tussen de 110 en 270 Nederlanders zijn overleden aan longkanker ten gevolge van passief roken.[18] Enkele duizenden personen sterven in ons land jaarlijks door hartaandoeningen na passief roken en het passief roken is ook de oorzaak van een tiental gevallen van wiegendood per jaar.[19] Aangezien werknemers in de horeca langdurig in de rook staan, lopen zij relatief meer risico door de uitoefening van hun beroep. Ook degenen die vaak horecagelegenheden bezoeken lopen extra risico.

II. Effecten op de zorgkosten

De totale kosten van gezondheidszorg bedroegen in 2003 in Nederland € 57,5 miljard. Daarvan was € 3,5 miljard toe te schrijven aan roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht/ obesitas (6,1%).[20] Leefstijl heeft dus belangrijke gevolgen voor de hoogte van de zorgkosten. Wie obees is heeft een grotere kans op cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en klachten aan het bewegingsapparaat dan mensen met een gezond lichaamsgewicht; dit leidt ceteris paribus tot meer beroep op zorg. Ook roken en overmatig alcoholgebruik leiden tot een hogere zorgvraag in verband met onder meer klachten aan het ademhalingsapparaat, verslaving en depressie.
Daarnaast beïnvloedt leefstijl de levensduur. Wie gezond leeft, leeft gemiddeld langer en zal om die reden op de lange termijn meer beroep op zorg doen. Het antwoord op de vraag of gezond leven de zorgkosten opwaarts of neerwaarts beïnvloedt hangt daarmee af van de beschouwde periode. Op de korte termijn overheerst het besparingseffect van gezond leven. Over de hele levensloop bezien overheerst volgens modelberekeningen

[13] Trimbos-Instituut 2006

[14] Doll et al. 2004

[15] www.erfelijkheid.nl

[16] Gezondheidsraad 2003b;.Knol 2005

[17] De risicoverhoging in verband met lager gewicht en geringere lengte bij geboorte is 20 tot 40%; de kans op wiegendood verdubbelt.[17] Er zijn aanwijzingen dat de pre- en postnataal meeroken de cognitieve vaardigheden en gedragskenmerken van kinderen negatief beïnvloedt en de kans op infecties en luchtwegsymptomen bij kinderen doet toenemen met 20 à 50%. Ook zijn er aanwijzingen dat in het bijzonder astmatici door meeroken een grotere kans hebben op luchtwegklachten.

[18] Jansen et al. 1994; Barneveld et al. 1994

[19] Gezondheidsraad 2003b

[20] Bekker-Grob et al. 2006

evenwel het effect van de langere levensduur. Uiteindelijk leidt gezond leven tot hogere zorgkosten.

Per leefstijl kan nog het volgende worden opgemerkt:

Overgewicht en obesitas
In 2003 werden aan ziekten als gevolg van overgewicht bijna € 1,2 miljard uitgegeven, 2% van de totale zorgkosten.[21] Modelberekeningen laten zien dat bij een volledige uitbanning van overgewicht en de toename van de levensverwachting die daar het gevolg van is de totale zorgkosten over de gehele levensloop met 2% zullen toenemen.[22]

Schadelijk alcoholgebruik
In 2003 werd € 230 miljoen uitgegeven aan zorgkosten samenhangend met misbruik en afhankelijkheid van alcohol (0,4% van de totale zorgkosten).[23] Het is niet bekend welke de gevolgen voor de zorgkosten op de lange termijn zijn wanneer schadelijk alcoholgebruik wordt teruggedrongen.

Roken
Roken veroorzaakt jaarlijks € 2,1 miljard aan zorgkosten.[24] Dat is 3,7% van de totale zorgkosten. Als geen enkele Nederlander meer zou roken en de gemiddelde levensduur daardoor zou stijgen zou, volgens modelberekeningen van het RIVM, over de gehele levensloop ruim 6% meer worden uitgegeven aan medische zorg.[25]

Institutionele aspecten: wie betaalt de zorgkosten van (on)gezond gedrag?
De genoemde effecten op de zorgkosten zijn - gegeven het huidige ziektekostenstelsel - vrijwel volledig als extern effect aan te merken. Zowel de zorgkosten die het gevolg zijn van ongezond gedrag als de zorgkosten die het gevolg zijn van de gewonnen levensjaren door zich juist gezond te gedragen, worden grotendeels betaald vanuit de wettelijke premies voor de curatieve zorg (ZVW) en langdurige zorg (AWBZ).

III. Economische effecten
Mensen dragen bij aan de productie van goederen en diensten door deelname aan het arbeidsproces en leggen beslag op productie als ze consumeren. Mensen kunnen (in een bepaald tijdvak of over hun levensduur bezien) per saldo bijdragen aan de productie (als ze meer produceren dan consumeren) of per saldo beslag leggen op de productie.[26] Een werknemer levert productiewaarde die voor een gedeelte (het nettoloon) aan hem- of haarzelf toevalt. Een extern effect van zijn of haar handelen is de bijdrage aan de BTW, loonbelastingen en premies.

Ongezond gedrag heeft via de productie substantiële negatieve externe effecten.

[21] Van Baal et al. 2006

[22] Van Baal et al. 2006. De 2% extra zorgkosten zijn er als gerekend wordt met een discontovoet bij de zorguitgaven van 4%. Als gerekend wordt met een discontovoet van 0% zijn de extra zorgkosten 4%.

[23] Van Baal et al. 2006

[24] Cijfer 2003, www.kostenvanziekten.nl

[25] Van Baal et al. 2006. De 6% extra zorgkosten zijn er als gerekend wordt met een discontovoet bij de zorguitgaven van 4%. Als gerekend wordt met een discontovoet van 0% zijn de extra zorgkosten 12%.

[26] De hier beschreven effecten gelden mutatis mutandis ook voor onbetaald werk (zie subparagraaf IV).

- ongezond gedrag vermindert de productiviteit. Door ongezond gedrag komen werknemers niet in optimale conditie op het werk. Dit schaadt hun productiviteit maar op de korte termijn niet hun netto-inkomen; de gevolgen zijn dus volledig extern. Op termijn kan wel individuele schade optreden door het mislopen van een baan, bonus of promotie.

- ongezond gedrag veroorzaakt ziekteverzuim. De gevolgen van ziekteverzuim zijn bij de in ons land geldende regelingen en afspraken in eerste instantie veelal volledig extern (volledige doorbetaling). De schade voor het nettoloon kan volledig extern worden gedragen als de werkgever een collectieve verzuimverzekering heeft afgesloten en de werknemer via aanvullende cao-afspraken wordt gecompenseerd.[27]

- ongezond gedrag kan de participatie aan betaald werk doen afnemen door twee oorzaken: minder mensen zijn in staat tot betaald werk en mensen houden eerder op met werken (lagere pensioen-/uittreedleeftijd, meer instroom in WW, arbeidsongeschiktheidsregelingen en bijstand). Mensen die door hun leefstijl niet meer of zelfs nooit hebben kunnen deelnemen aan het arbeidsproces ervaren daarvan vooral zelf de financiële schade doordat ze geen inkomen (meer) verwerven. Hun levensonderhoud komt ten laste van een eventueel opgebouwd vermogen, een partner of van de collectiviteit (bij een uitkering). In dit laatste geval is sprake van een negatief extern effect, omdat deze uitkering wordt betaald uit de collectieve lasten. Dit externe effect vervalt in het algemeen na het bereiken van de pensioenleeftijd omdat dan, ongeacht gezondheidstoestand of leefstijl, recht ontstaat op AOW.

Per leefstijl kan nog het volgende worden opgemerkt:

Overgewicht en obesitas
Werknemers met overgewicht en obesitas verzuimen meer en hebben een lagere gemiddelde uurproductiviteit.[28] Obesitas vergroot ook de kans op arbeidsongeschiktheid en langdurige werkloosheid[29] en heeft daarom een negatief effect op de arbeidsparticipatie. Schattingen van de kosten ten gevolge van overgewicht en obesitas in de Nederlandse bevolking komen uit op € 2 miljard per jaar door verzuim en arbeidsongeschiktheid.[30] Daarnaast kunnen bedrijven extra kosten (moeten) maken om materiaal aan te passen voor personeel met overgewicht.

Schadelijk alcoholgebruik
De totale kosten als gevolg van productieverlies door ziekteverzuim bij alcoholmisbruik of –afhankelijkheid worden geschat op € 1 miljard. Bovendien is het waarschijnlijk dat mensen met alcoholmisbruik of – afhankelijkheid die wel naar hun werk gaan, minder productief zijn. Alcoholmisbruik kan tevens de risico's van ongevallen in bedrijven vergroten.

[27] In het Sociaal Akkoord 2004 kwamen kabinet en sociale partners overeen dat over twee ziektejaren maximaal 170 procent van het laatstverdiende loon wordt doorbetaald. Voor ruim de helft van de werknemers geldt een ruimer regime (SZW 2006).

[28] Gezondheidsraad 2003, p. 53 e.v.

[29] RVZ 2002b, p. 223

[30] RVZ 2002a

Roken
Per jaar kost ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en sterfgevallen door roken het Nederlandse bedrijfsleven € 305 miljoen.[31]

IV. Overige effecten
Mensen halen ook genot uit ongezond gedrag. Veel mensen houden van lekker eten en drinken, rokers houden van sigaretten. Gezond gedrag kan ook iets kosten in termen van tijd (bewegen, koken van gezonder eten) en niet iedereen houdt van sporten of heeft daar zin in. Het gebruik van alcohol biedt verschillende psychologische voordelen. Dit betreft zowel vermindering van stress, verhogen van het humeur en het verhogen van het gevoel van gezelligheid. Dit zijn individuele baten van ongezond gedrag.

Ongezond gedrag, vooral overmatig alcoholgebruik, kan leiden tot verstoring van de openbare orde. Een kwart van alle misdaden wordt gepleegd onder invloed, vaak met omvangrijke economische gevolgen. Behalve schade aan private en publieke eigendommen brengt dit ook kosten van handhaving met zich mee (politie, rechterlijke macht; detentie).[32] Het gaat hier om externe effecten. Ter illustratie van de omvang van deze externe effecten: de externe kosten van schadelijk alcoholgebruik worden geschat op € 158 tot € 241 per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder.[33] De hoogte van de accijns op alcohol bedraagt € 64 per 15-plusser. Hier is dus een motief voor (aanvullend) ingrijpen.

Overgewicht kan in de toekomst – gezien ook de ontwikkelingen in bijvoorbeeld de VS - leiden tot aanpassingen van openbare voorzieningen (openbaar vervoer); dit geldt ook als speciale voorzieningen worden getroffen voor rokers. Aangezien het hier om collectieve voorzieningen gaat is sprake van externe effecten. Van roken en overgewicht worden de externe kosten in de categorie 'Overige effecten' per saldo echter veel lager geschat dan die van alcohol en mogelijk – als gevolg van meer dan kostendekkende accijnzen - zelfs negatief. De accijnzen op tabak bedragen gemiddeld € 160 per hoofd van de bevolking[34].

Alle vormen van ongezond gedrag leiden voorts tot een verminderd aanbod van onbetaald werk (vrijwilligers en mantelzorgers). Tot slot is het effect van ziekte en voortijdig overlijden als gevolg van ongezond gedrag op de psychische "kosten" – rouw, verdriet – en verlies aan kwaliteit van leven bij nabestaanden aan te merken als een extern effect.

Informatietekort

Overgewicht en obesitas
Veel objectieve informatie over voeding (samenstelling, voedingswaarde, allergene stoffen, versheid) en dagelijkse behoefte (Aanbevolen Dagelijkse Hoeveelheid) is beschikbaar en wordt ook via etikettering en algemene informatiebronnen steeds meer aan de consument aangereikt. Daar staat een uitbundig voedselaanbod tegenover (in de supermarkt; fastfood in het straatbeeld) dat bovendien vaak wordt ondersteund met

[31] http://focus.nigz.nl/index.cfm?act=info.verder&varrub=35

[32] Cnossen 2006b

[33] Ibidem

[34] Cnossen 2006a

suggestieve promotie. Het vergt veel van het kritische vermogen en van de zelfbeheersing van de consument om hier verstandig mee om te gaan. Dat geldt a fortiori voor kinderen die vaak al veel te besteden hebben en specifiek door de reclame worden aangesproken.

Consumenten krijgen automatisch informatie wanneer hun energie-inname (langdurig) groter is dan hun energieverbruik, aangezien ze zwaarder worden. Dat kan voor consumenten aanleiding zijn om naar hun eet- of bewegingspatroon te kijken. De markt levert zelf veel informatie, maar het is de vraag in hoeverre deze informatie toereikend is. Reclame beïnvloedt het eetgedrag van kinderen significant: hoe vaker kinderen naar reclames voor dikmakers kijken, hoe ongezonder ze eten.[35]

Gelet op het bovenstaande heeft de overheid een een argument voor ingrijpen in de vorm van het aanbieden van objectieve informatie of het terugdringen van gekleurde informatie.

Alcohol
Er zijn uitgebreide campagnes geweest over drankmisbruik. Deze zijn vooral gericht op de gevolgen van alcoholmisbruik (Drank maakt meer kapot dan je lief is) of van rijden onder invloed (Glaasje op, laat je rijden; BOB). Over de negatieve gevolgen van drank voor de gezondheid wordt relatief minder informatie in landelijke campagnes gegeven. De informatie hierover is ook niet eenduidig. Aan de ene kant is overmatig alcoholgebruik slecht voor de gezondheid, aan de andere kant wordt in de nieuwe Schijf van vijf (Voedingscentrum) het drinken van alcohol niet afgeraden, maar aanbevolen om matig en niet elke dag te drinken. Bij mensen van middelbare leeftijd vermindert matig gebruik zelfs het risico op hart- en vaatziekten. In de massamedia wordt drank vaak geassocieerd met gezelligheid.

Roken
Hoewel er studies zijn die stellen dat het niveau van informatie nog niet optimaal is, mag de kennis dat roken ongezond is en een groot aantal negatieve consequenties kan hebben als wijd verspreid beschouwd worden. Niettemin is het percentage respondenten dat stelt dat roken geen gezondheidseffecten heeft in ons land relatief hoog (13% van de niet-rokers en 28% van de rokers vindt dit).[36] Het kennisniveau op gedetailleerder niveau is lager: zo onderschrijft niet meer dan 50% van de rokers de stelling dat passief roken longkanker kan veroorzaken.[37]

De afgelopen decennia is keer op keer een grote hoeveelheid informatie vanuit de medische wetenschap en vanuit de overheid verstrekt. Wat ook helpt is de eenvoud van de boodschap: in principe is elke sigaret er één te veel. De tabaksindustrie maakt, voor zover dat nog mag, reclame voor zijn producten. Hierbij is men evenwel aan regels gebonden; het is niet toegestaan de boodschap dat roken ongezond is te ontkrachten.

Normatieve overwegingen

De overheid heeft een wettelijke taak de volksgezondheid te bevorderen. Dat valt te beschouwen als een sterke normatieve overweging.

[35] Buijzen et al. 2007

[36] David Cutler et al. 2006, Tabel 4

[37] TNS-Nipo, 2003

Voor de nadere invulling van deze taak speelt een aantal overwegingen mee.
a) paternalistische motieven. Dat is het geval wanneer de overheid een hogere waardering aan een lang gezond leven toekent dan individuen zelf. De individuele waardering kan om de volgende redenen tekort schieten:

- De veronderstelling dat een deel van de bevolking een relatief grote voorkeur heeft om behoeftes op korte termijn te bevredigen en daarbij minder let op de nadelige effecten op langere termijn. Dit kan het gevolg zijn van een bepaalde mate van verslaving. Er is veel discussie over de vraag of verslaving kan worden opgevat als een ziekte die niet iedereen op eigen kracht kan overwinnen.[38] De WHO stelt zich op het standpunt dat verslaving een ziekte is. Er is bewijs voor de rol van erfelijke factoren bij verslaving.
- Kinderen kunnen nog onvoldoende overzien wat de gevolgen van ongezond gedrag zijn en zijn mogelijk onvoldoende gewapend tegen de verleidingen die ze krijgen. Niet alle ouders kunnen daarbij voldoende weerstand bieden tegen de wensen van de kinderen. Hierbij speelt bij kinderen tevens de invloed van groepsgedrag. Hierdoor kan ongezond gedrag als het ware worden opgevolgd om bij een groep te horen. Ook kan het ongezonde gedrag zich voor een groot deel buiten het gezichtsveld van ouders afspelen, waardoor de mogelijke wens van ouders dat het kind zich gezond gedraagt niet kan worden uitgevoerd. Dit betreft bijvoorbeeld de snoepautomaat op school.

  Het drankgebruik van tieners en jongvolwassenen vraagt speciale aandacht. Ten eerste omdat jongeren relatief vaak *binge drinken*[39] en relatief vaak betrokken zijn bij geweldadige criminaliteit en verkeersongevallen. Ten tweede heeft alcoholgebruik een verslavend effect. Hiermee zal drinken tijdens de jeugd gevolgen hebben voor het gebruik op latere leeftijd. Ten derde kan drankgebruik tijdens de jeugd negatieve gevolgen hebben voor de hersenontwikkeling. Bij alcoholgebruik van jongeren speelt bovendien relatief sterk het gevoel van het erbij horen. Ook bij roken geldt dat minderjarigen slechts beperkt de gevolgen - en de verslavende werking - van roken voor hun gezondheid overzien. Stoer doen en groepsdruk zijn daarbij ook van belang. Jongeren roken daarnaast relatief veel mee: er zijn op dit moment nog relatief weinig rookvrije uitgaansgelegenheden.

b) solidariteit
Een ander normatief motief is gestoeld op overwegingen van solidariteit. Mensen die moeite hebben zichzelf te redden kunnen vanuit solidariteit worden geholpen met zorg en uitkering. De normatieve opvatting kan zijn om ook solidariteit te betrachten door te helpen met een gezonde leefwijze. Deze opvatting kan stoelen op de ongelijke verdeling van ongezondheid en ongezond gedrag.

c) verantwoordelijkheid voor de context van gezond gedrag
De overheid kan een verantwoordelijkheid op zich nemen voor de omgeving waarin de leefstijl tot stand komt. De fysieke en sociale omgeving (context) is in algemene zin van invloed op de gezondheid.[40] Een bijzonder aspect hiervan betreft de bandbreedte voor een gezonde leefstijlkeuze gegeven de omgeving waarin men leeft. Als de overheid een verantwoordelijkheid voelt voor de bevordering van een gezonde leefstijl, kan daar een

[38] Dalrymple 2001

[39] Binge drinken is het binnen korte tijd meer dan vijf drankjes bij een gelegenheid drinken.

[40] Lalonde-model, beschreven in VTV 2006 pag. 29 e.v. Lalonde onderscheidt de volgende gezondheidsdeterminanten: biologische en genetische factoren, leefstijl, fysieke en sociale omgeving en gezondheidszorg.

verantwoordelijkheid uit voortvloeien ten aanzien van de leefomgeving (belemmeringen wegnemen c.q. mogelijkheden bieden). Fysieke bandbreedtes betreffen onder andere de mogelijkheden voor voldoende en veilig bewegen in de directe leefomgeving, thuis, in de buurt, op de sportvereniging, op school en werk, in het verkeer van huis naar werk, school of winkel. Sociale bandbreedtes hebben te maken met de culturele waardering van gezondheid, zoals bijvoorbeeld door de aandacht op school voor gymles, voedselaanbod in kantine en automaat, alcoholgebruik op feestavonden en roken in de pauze. Sociale normen worden ook gevormd door het aanbod van ongezonde verleidingen, zoals veel *fast food* en de verkrijgbaarheid van drank en tabak voor jongeren, c.q. het daarop gerichte handhavingsbeleid.

Een aantal ongunstige factoren komen samen bij mensen met een lagere sociaal-economische status waardoor zij een kortere (gezonde) levensverwachting hebben dan mensen met een hogere economische status. Het gaat hierbij om de factoren ongezonde leefstijl, het hebben van een minder gunstige fysieke en sociale context en het gegeven dat relevante informatie deze groep moeilijker bereikt.

2.4 Conclusie

Keuzevrijheid van mensen – ook wat betreft hun leefstijl – is een groot goed dat wettelijk is vastgelegd. Beïnvloeding van deze keuzevrijheid kan ten koste gaan van genot in termen van het gebruik van bijvoorbeeld alcohol of sigaretten. Tegelijk kan de verantwoordelijkheid voor de bevordering van de volksgezondheid voor de overheid motieven opleveren voor overheidsingrijpen met betrekking tot ongezond gedrag. In het voorgaande zijn drie typen motieven onderzocht om in te grijpen en dit gedrag. De conclusies worden hieronder op twee manieren samengevat: per motief en per leefstijlfactor.

a. Motieven voor overheidsingrijpen

Externe effecten
- Naast de effecten van een gezonde levensstijl die bij individuen zelf neerslaan, doet zich een aantal externe effecten voor op onder meer de gezondheid én de portemonnee van anderen. Wat betreft de effecten op de gezondheid van anderen geldt dat deze zich bij overgewicht vooral voordoen tijdens de zwangerschap en bij kinderen (als ouders slecht eten), bij roken in de vorm van schade aan het ongeboren kind tijdens de zwangerschap en in de vorm van meeroken bij kinderen en werknemers in de horeca en bij schadelijk alcoholgebruik vooral bij verkeers- en geweldslachtoffers en aan het ongeboren kind bij drinken tijdens de zwangerschap. Deze effecten vormen een motief voor overheidsingrijpen.

Bij een toegenomen levensverwachting als gevolg van gezonder gedrag zullen de uitgaven voor ziektekosten en pensioenen toenemen. Voor zover deze uitgaven worden gedekt uit de collectieve middelen is sprake van een relevant extern effect. Tegenover deze hogere uitgaven staat een versterking van het draagvlak voor de financiering van de gezondheidszorg en de AOW doordat meer gezond gedrag leidt tot een hogere productiviteit, lager ziekteverzuim en een hogere arbeidsparticipatie, en dus hogere belasting- en premieontvangsten. Een kwantificering van het positieve of negatieve saldo kan niet worden gegeven.

Informatietekort
Ten aanzien van roken is er geen of nauwelijks tekort aan objectieve informatie. De boodschap is helder, eenduidig en alom bekend: elke sigaret is er één te veel. Bij drank is dat al iets lastiger. Matig gebruik is- tenzij in het verkeer- niet schadelijk. De grootste informatieproblemen zijn er ten aanzien van voeding (en bewegen) in relatie tot overgewicht en obesitas. Hier is een motief voor (aanvullend) overheidsingrijpen aanwezig. Naast objectieve informatie zijn er suggestieve reclame-uitingen, waardoor mensen toch nog op het verkeerde been kunnen worden gezet. Ook hier kan de overheid een taak zien.

Normatieve overwegingen
Naast externe effecten en informatietekort kunnen normatieve overwegingen een motief zijn voor overheidsbeleid. Ten aanzien van *normatieve overwegingen* geldt dat:

- kinderen en jongeren bloot staan aan veel verleidingen ten aanzien van eten, roken en alcohol. Door de marketing van deze producten zijn ze – mede door groepsdruk en de soms verslavende werking van deze genotsartikelen – niet altijd in staat om de effecten van ongezond gedrag voor de langere termijn te overzien. Zo kan drankgebruik op jonge leeftijd tot hersenbeschadiging leiden en een verslavend effect hebben. Ook overzien jongeren de verslavende werking van roken niet altijd goed;
- mensen met een lagere sociaaleconomische status zich relatief vaak ongezond gedragen. Bij deze groep komt een aantal ongunstige factoren samen waardoor zij een kortere (gezonde) levensverwachting hebben dan mensen met een hogere economische status. Het gaat hierbij ook om het hebben van een minder gunstige fysieke en sociale context en het gegeven dat relevante informatie deze groep moeilijker bereikt.

b. Leefstijlfactoren
Niet alle motieven gelden in dezelfde mate voor de verschillende leefstijlfactoren. Nuancering is dus wenselijk.

Overgewicht en obesitas
De grootste baten van het terugdringen van overgewicht ontvangt het individu zelf in de vorm van een grotere gezondheid. Er is een sterke opwaartse trend bij de prevalentie van overgewicht, zowel onder kinderen als volwassenen. Overheidsingrijpen zou zich vooral moeten richten op het tegengaan van overgewicht bij kinderen. Dit is vooral ingegeven vanuit normatieve overwegingen: kinderen kunnen nog onvoldoende overzien wat de gevolgen van ongezond gedrag zijn. Hierbij worden kinderen wel sterk beïnvloed door de informatie van eten en bewegen via onder meer de televisie. Veel ouders lijken hiertegen onvoldoende tegenwicht te kunnen bieden of zij hechten weinig belang aan gezonde voeding van hun kinderen en vervullen geen goede voorbeeldfunctie (extern effect). Voor volwassenen lijkt er in het algemeen minder reden voor overheidsingrijpen te zijn. Wel kan de overheid zich er voor verantwoordelijk voelen dat de fysieke en sociale leefomgeving een gezonde leefstijl niet in de weg staat.

Schadelijk alcoholgebruik
Alcohol levert relatief een hoge ziektelast. Zowel vanuit paternalistische motieven (vooral minderjarigen en jongvolwassenen) als vanuit externe effecten heeft de overheid reden in te grijpen om alcoholmisbruik terug te dringen. De externe effecten van alcoholgebruik (schade aan ongeboren kinderen, gezondheidskosten, verkeersslachtoffers, criminaliteit, overlast) zijn aanzienlijk. Overheidsingrijpen gebeurt al onder andere door het heffen van accijnzen. Deze heffing is echter onvoldoende om alle negatieve externe effecten te compenseren.

Roken

Roken staat nog steeds op nummer één in Nederland als het gaat om vormen van ongezond gedrag met de hoogste ziektelast. Anders dan in sommige andere landen is de trend niet eenduidig neerwaarts. De maatschappelijke kosten van dit gedrag slaan, in de vorm van verlies aan gezondheid en aan levensjaren, voor het grootste gedeelte neer bij de roker zelf. De zorgkosten van rokers zijn geen reden voor overheidsingrijpen: meer gezond (rokers)gedrag leidt op termijn tot extra kosten in de gezondheidszorg. Er is voldoende informatie voor handen over de negatieve gevolgen van roken. Ook vanuit de optiek van de overige financiële externe effecten lijkt er in zijn algemeenheid ook geen reden om op te treden tegen mensen die kiezen voor een rokend bestaan. De accijnzen op tabak zijn volgens het CPB gelijk aan of hoger dan de externe effecten.[41] Meeroken levert echter voor specifieke risico-groepen wel een extern effectenmotief voor ingrijpen op. Dit geldt in het bijzonder voor werknemers in de horeca. Ook leidt roken tijdens de zwangerschap tot aanzienlijke gezondheidsschade voor het ongeboren kind en roken thuis tot gezondheidsschade door meeroken door (jeugdige) gezinsleden.
Vooral minderjarigen zouden vanuit paternalistische argumenten beschermd moeten worden tegen actief tabaksgebruik. Daartoe strekt de bestaande regulering van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten (16 jaar).

Conclusies voor de optimale instrumentenmix

Een optimale instrumentenmix sluit zo goed mogelijk aan bij de motieven voor overheidsbeleid. Dit betekent dat het beleid zich specifiek dient te richten op:

- het voorkomen of terugdringen van de schadelijke effecten van overmatig alcoholgebruik op anderen (vanwege externe effecten);
- het voorkomen van de schadelijke gevolgen van meeroken (vanwege externe effecten);
- objectieve informatieverschaffing: vooral op het gebied van overgewicht en obesitas en met name aan kinderen en jongeren (vanwege informatietekorten)
- de leefstijl van kinderen en jongeren (vanwege externe effecten en vanuit normatieve overwegingen);
- mensen met een relatief lage sociaal-economische status (vanuit normatieve overwegingen).

Slotconclusie

Er zijn diverse motieven voor bevordering van gezond gedrag door de overheid. Dat betreft vooral normatieve overwegingen en de nadelige externe effecten voor de gezondheid van anderen en de openbare orde. De normatieve argumenten voor overheidsingrijpen gelden het sterkst voor de leefstijl van minderjarigen (paternalisme) en mensen met een lage SES (solidariteit). Jongeren kunnen de gevolgen van hun keuzes niet altijd goed overzien. Mensen met een lage SES hebben gemiddeld een slechtere gezondheid en levensverwachting en zij leven vaker in een omgeving met een voor gezond gedrag minder gunstige fysieke en sociale context. De externe effecten hebben vooral betrekking op de schade die aan anderen wordt toegebracht als gevolg van alcoholmisbruik en meeroken. Financiële overwegingen vormen geen sterk motief. Net als curatieve zorg leidt preventie tot langer gezond leven. Dit leidt aan de ene kant tot meer economisch en maatschappelijk potentieel en aan de andere kant tot hogere *life time* zorguitgaven en, bij onveranderde pensioenleeftijd, tot hogere uitgaven voor pensioenen.

[41] Cnossen 2006a

3 (Kosten)effectiviteit van interventies

3.1 Inleiding

Bij het afwegingskader van de overheid ten aanzien van zorg en preventie komen een aantal vragen aan de orde. De eerste vraag betreft de noodzaak van overheidsinterventie, onder meer gelet op ziektelast en potentiële gezondheidswinst. De tweede vraag betreft de beschikbaarheid van effectieve instrumenten; immers, zonder effectieve instrumenten is interventie niet zinvol. De derde vraag betreft de meest doelmatige inzet van de beschikbare instrumenten. Hierbij speelt de kosteneffectiviteit een rol. Met kosteneffectiviteitanalyses kan worden beoordeeld of er mogelijkheden zijn voor doelmatigheidswinst. Doelmatigheidswinst kan op verschillende manieren worden bereikt, namelijk door:

- te stoppen met niet-effectieve en averechts werkende interventies,
- bij gelijke effectiviteit de kosten te verminderen,
- bij gelijke kosten de effectiviteit te verhogen.

In het geval dat de overige condities gelijk zijn, zal de voorkeur uitgaan naar interventies die kosteneffectiever zijn.

Daarnaast zijn het aantal mensen dat bereikt wordt of dient te worden, en daarmee het macrokostenbeslag, van belang, evenals de mate van a priori zekerheid van het te verwachten succes. Kosteneffectiviteit is dus weliswaar een belangrijk criterium maar niet het enige bij de besluitvorming om bepaalde interventies in te voeren.[42]

Hoofdstuk 2 ging over de vraag wanneer overheidsinterventie noodzakelijk is. Dit hoofdstuk behandelt de vraag wat bekend is over de *kosten*effectiviteit van instrumenten die worden ingezet om gezond gedrag te bevorderen. Wanneer gegevens over de kosteneffectiviteit ontbreken is nagegaan of er instrumenten beschikbaar zijn waarvan de effectiviteit is bewezen of plausibel is aangetoond. Voorts wordt bekeken wat bekend is over de (kosten)effectiviteit van gecombineerde interventies en beleid.

Eerst wordt ingegaan op theorieën over bevorderen van gezond gedrag en wordt een toelichting gegeven op kosteneffectiviteitanalyses. Vervolgens worden resultaten van kosteneffectiviteitstudies weergegeven. (On)gezond gedrag speelt niet alleen een rol bij gezondheidsbevordering, maar ook bij gezondheidsbescherming, ziektepreventie en curatieve zorg. Ook naar de kosteneffectiviteitstudies op deze terreinen wordt kort gekeken.

3.2 Theorieën over bevorderen gezond gedrag

In theorieën en modellen over het bevorderen van gezond gedrag worden verschillende fasen onderscheiden: de fasen van bewustwording, beschouwing, voorbereiding,

[42] RVZ 2006

beginnen met het nieuwe gedrag en consolidatie van het gedrag.[43] Consolidatie van gedrag vindt pas plaats als alle stadia doorlopen zijn. Van massamediale campagnes is bekend dat zij vooral agenda settend zijn en bewustwording kunnen kweken. Zij leiden slechts zelden tot gedragsverandering, hoewel daar ook voorbeelden van bekend zijn zoals de jaarlijkse Oudejaarscampagne om te stoppen met roken.

Bijlage 5 bevat een samenvatting van een aantal centrale principes die bij bevordering van gezond gedrag gehanteerd worden, een indeling van typen preventie en een groslijst van mogelijke instrumenten voor gezondheidsbevordering.

3.3 Toelichting op kosteneffectiviteitsanalyses

Van een aantal preventieve en therapeutische interventies is de kosteneffectiviteit inmiddels onderzocht. Over het algemeen wordt gezondheidswinst daarbij in Quality Adjusted Life Years (QALY's) beschreven. De extra levensjaren die een persoon leeft, worden hierbij gecorrigeerd voor een eventueel verlies aan ervaren kwaliteit van leven.[44] De kosteneffectiviteitsratio (KEA-ratio, de verhouding tussen extra kosten en extra opbrengsten van een interventie) wordt vervolgens uitgedrukt in kosten (in €) per QALY. De gevonden kosteneffectiviteitratio's van interventies zijn niet altijd direct onderling vergelijkbaar vanwege verschillen in onderzoeksmethoden en culturele context. De orde van grootte van de KEA-ratio's zijn voor de interpretatie daarom belangrijker dan de exacte getallen.

In de wetenschap worden verschillende discussies gevoerd over kosteneffectiviteitsanalyses. Deze betreffen enerzijds ethische kwesties (welke veronderstellingen worden gehanteerd over de waarde van verschillende mensenlevens)[45] en anderzijds meer technische kwesties (welke kosten moeten allemaal meegenomen worden). Traditioneel worden uitsluitend de kosten van de interventie en optredende besparingen op medische zorg voor de te behandelen of te voorkomen ziekte meegenomen. De overtuiging groeit dat ook de zorgkosten tijdens de gewonnen levensjaren moeten worden meegenomen. Dat zou dan moeten gelden voor alle gezondheidsinterventies, zowel in de curatieve zorg als bij preventie. Op dat terrein worden in Nederland nu de eerste exercities uitgevoerd, waarbij het terrein van preventie de pioniersrol vervult. Deze eerste exercities hebben vooral betrekking op stoppen met roken programma's.[46]

Beschikbaar materiaal
Voor gedragsbevordering is een scala aan instrumenten beschikbaar. Er is ook al veel onderzoek naar de effectiviteit ervan gedaan. Roken is het best onderzocht. Het onderzoek naar overgewicht is van recentere datum en vooral opgestart sinds er sprake

[43] Prochaska et al.2002

[44] Vijgen et al. 2005

[45] Evenblij et al. 2005

[46] Idealiter worden alle effecten van het welvaartstheoretisch kader in de evaluatie van afzonderlijke interventies meegenomen. Dit gebeurt in de praktijk niet. In het vorige hoofdstuk bleek al dat het niet altijd mogelijk was om alle (maatschappelijke) kosten en baten van (on)gezond gedrag op een consistente manier in geld uit te drukken, Het verhoogt de moeilijkheidsgraad en de onzekerheden nog eens extra, als men ook voor elke afzonderlijke interventie alle effecten mee wil nemen.

is van een groeiend obesitasprobleem. Het onderzoek naar vermindering van overmatig alcoholgebruik ligt daar tussen in. Er is meer bekend over de effectiviteit van kleinschalige en experimentele interventies dan van grootschalige interventies. Bij de bevordering van gezond gedrag worden vaak meerdere instrumenten tegelijk of na elkaar ingezet om het bereik en de effectiviteit ervan te vergroten. Effectiviteitstudies richten zich zowel op afzonderlijke instrumenten als in sommige gevallen op combinaties van instrumenten.

De kosteneffectiviteitratio's (KEA) die in dit rapport vermeld worden, betreffen interventies waarvan een bepaalde mate van effectiviteit bewezen is. Soms zijn het bewijs van de effectiviteit en de gegevens over kosteneffectiviteit gebaseerd op meerdere studies, soms op een enkel voorbeeld (bijv. een specifieke massamediale campagne). In dat laatste geval mag dus niet gegeneraliseerd worden naar andere massamediale campagnes.

Het RIVM heeft de afgelopen jaren een aantal studies over kosteneffectiviteit van preventie gepubliceerd. De werkwijze hierbij is geweest dat de resultaten van een uitgebreide internationale literatuurstudie naar de effecten van gedragsinterventies zijn gekoppeld aan het Chronisch Ziekten Model (CZM). Dit is een wiskundig model waarin het RIVM de relatie tussen risicofactoren, ziekten en sterfte heeft gekwantificeerd.[47] Gekoppeld aan gegevens over demografie en kosten van ziekten en weegfactoren voor kwaliteit van leven kunnen de resultaten van gedragsinterventies worden vertaald in gezonde levensverwachting en (life-time) ziektekosten. Met het CZM kunnen voor een scala aan varianten in (beoogd of werkelijk) bereik van interventies en daaropvolgende verwachte veranderingen in ongezond gedrag, (gemiddelde) effecten op gezondheidswinst en ziektekosten op korte en lange termijn zichtbaar worden gemaakt. De bruikbaarheid van het model is afhankelijk van de juistheid van de empirische basisgegevens en het wetenschappelijke bewijs over de sterkte van alle onderlinge relaties in het model. Uitkomsten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het RIVM heeft voorts een aantal metastudies gepubliceerd waarin beschikbaar onderzoek over roken, alcoholmisbruik en overgewicht zijn samengevat en wordt ingegaan op de gedragsproblematiek van specifieke groepen.[48] Veel van het hierna volgende is gebaseerd op deze metastudies.

3.4 Resultaten kosteneffectiviteitstudies

Hieronder wordt gekeken naar de (kosten)effectiviteit van drie typen instrumenten:

- Informatievoorziening/voorlichting/publiciteit, inclusief leefstijlprogramma's binnen de zorg, wijkgerichte programma's et cetera;
- Financiële prikkels (accijnzen, belastingen, subsidies);
- Wettelijke ge- en verboden (inclusief handhaving);

Ook de combinatie van instrumenten komt aan de orde. De effectiviteit van beïnvloeding van de omgeving en op bestuurlijk niveau van integraal gezondheidsbeleid wordt in de

[47] Het Chronisch Ziekten Model omvat een groot aantal risicofactoren en ziekten, maar kan niet volledig zijn, In het kader van dit rapport is van belang dat alcoholverslaving niet in het model is opgenomen en dementie zonder relatie met leefstijlfactoren terwijl er toch enige indicaties is dat zo'n relatie er in bepaalde gevallen wel kan zijn. Wel wordt in het model een restcategorie 'overige ziekten' opgenomen.

[48] RIVM, rapporten 260601003 en 260601002/2005 over roken, respectievelijk roken door jongeren; 270672001 over onder andere alcoholmisbruik en –verslaving; 260301005/2004 over preventie van overgewicht in verschillende settings; 260701001/2005 over bewegen en overgewicht; 270555004 ("Tijd voor gezond gedrag") over interventies gericht op doelgroepen.

marge besproken. *Bijlage 6* geeft meer achtergrondinformatie over de instrumenten; daarbij komen ook interventies aan de orde waarvan de effectiviteit plausibel wordt geacht.

Recent heeft het RIVM een aantal kosteneffectiviteitsanalyses (KEA's) uitgevoerd waarin gezondheidsbevordering gericht op roken en overgewicht centraal stond (tabel 3 en 4). De KEA-ratio's zijn zowel *zonder* als *met* extra zorgkosten in gewonnen levensjaren berekend (bij roken zijn deze extra zorgkosten per gewonnen levensjaar circa € 5.000, bij overgewicht € 3.000).[49]

Roken

Uit literatuuronderzoek blijkt dat van negen rookinterventies een bepaalde mate van effectiviteit bewezen is: zes daarvan betroffen individueel gerichte interventies, twee bevolkingsgerichte interventies (massamediale campagne en accijnzen) en één schoolgerichte interventie.[50] De doelgroep en de effectiviteit verschilt per interventie. De individuele interventies en de onderzochte massamediale campagne zijn gericht op stoppen met roken, de schoolinterventie is vooral gericht op het niet-beginnen met roken, en de accijnsverhoging is gericht op verminderen van roken (zowel stoppen als niet-beginnen).

Het verwachte percentage van rokers die met roken stoppen vanwege de interventie van 3,3% tot 4,7% bij de onderzochte massamediale campagne tot 4,0% tot 8,5% bij intensieve persoonlijke counseling gecombineerd met nicotine vervangende middelen. Geen van de individuele interventies wordt op dit moment op grote schaal toegepast. Om een schatting te maken van het effect van bredere toepassing is de effectiviteit van de maatregelen voor individuele stopondersteuning geschat bij gebruik door 25% van alle rokers in Nederland. Dat is het percentage wat aangeeft te overwegen om te stoppen. Het blijft uiteraard onzeker of de effectiviteit bij opschaling gelijk blijft aan die in experimentele situaties.

Prijsbeleid in de vorm van accijnzen is relatief kosteneffectief, maar niet specifiek gericht op het tegengaan van meeroken (extern effect) en niet specifiek gericht op jongeren (extern effect en normatieve overwegingen). De prijselasticiteit van tabak is -0,3 à -1 volgens internationaal onderzoek. De werking van accijnzen zijn daarbij afhankelijk van het inkomensniveau van de (potentiële) gebruikers. Hoe hoger het inkomen, hoe minder effect ze hebben.[51] Jongeren en lagere inkomensgroepen zijn relatief gevoeliger voor de hoogte van prijzen en het effect op al dan niet beginnen met roken is groter dan op stoppen met roken en de totale consumptie. Een substantiële accijnsverhoging van bijvoorbeeld 20% (opbrengst circa € 400 miljoen) leidt tot een prijsstijging van circa 10% en een daling van de consumptie met 3% à 10%. Dit zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat het percentage rokers daalt van circa 30% van de bevolking naar 27% à 29%, maar kan ook betekenen dat iedereen iets minder rookt. Deze tentatieve berekening geeft aan dat een substantiële verhoging nodig is om het roken enigszins terug te dringen.

[49] Met het in rekening brengen van de extra zorgkosten tijdens gewonnen levensjaren is nog geen volledig beeld verkregen van alle kosten en baten van een interventie. Een nog verdergaande stap is om in de KEA-berekening álle opbrengsten en kosten mee te nemen, dus niet alleen de kosten van de interventie zelf en de gewonnen levensjaren, maar ook de extra zorgkosten die het gevolg zijn van de gewonnen levensjaren, de grotere verdiencapaciteit die daar uit voortvloeit en de inschatting van de kosten van de extra vergrijzing. Zulke KEA-studies zijn er nog in het geheel niet, noch in de preventieve sector, noch in de curatieve zorg, mede omdat zij bijzonder veel verschillende soorten gegevens en aannames vergen.

[50] Feenstra et al. 2005

[51] Cutler et al. 2006

Uit de berekening van Feenstra et al. volgt - op basis van metastudies - dat een eenmalige accijnsverhoging op roken van 20% in het eerste daarop volgende jaar een daling van de prevalentie van ruim 1,2 procentpunt (4% van de rokers) teweegbrengt door een toename van het aantal stoppers. Een accijnsverhoging van 20% zou volgens de berekening leiden tot 140.000 minder rokers. Bij de accijnsverhoging is in de modelmatige berekening geen rekening gehouden met het effect ervan op het niet beginnen met roken.

De schattingen op populatieniveau varieerden van maximaal 10.000 minder rokers voor een kort stopadvies tot bijna 300.000 minder rokers voor intensieve individuele stopondersteuning. Voor de massamediale campagne was de meest conservatieve schatting een daling van 25.000 rokers (de meest optimistische schatting was 280.000).

De kosten per roker voor de maatregelen varieerden van 0 (accijnsverhogingen zijn gratis vanuit het perspectief van de gezondheidszorg) tot bijna € 400. De KEA-ratio's zijn het meest gunstig voor accijnsverhoging (zeer gunstig), de "Stoppen met roken Oudejaarscampagne" van Stivoro (€ 300) en het korte en gestructureerde stopadvies door de huisarts (€ 4.000 en €3.500 zonder medische kosten in gewonnen levensjaren).

De onderzochte schoolgerichte interventie was minder kosteneffectief dan de vormen van individuele begeleiding binnen de gezondheidszorg. Voor een deel is dit te verklaren doordat de interventie minder gericht is: ook jongeren die nooit zouden gaan roken worden bereikt. Verder geldt dat gezondheidswinst bij interventies gericht op jongeren veel verder in de toekomst ligt en daardoor minder zwaar meetelt. Bovendien geldt dat effecten op dagelijks roken bij jongeren moeilijk te behalen zijn, omdat hun gedrag nog erg instabiel is.

Tabel 3: Kosteneffectiviteit van gezondheidsbevorderende programma's: roken [52]

Interventie	Effectiviteit (verwacht % stoppers)	Maximaal aantal rokers dat extra stopt[53]	Interventiekosten macrobedrag (in miljoen €)	KEA ratio *zonder* medische kosten in gewonnen levensjaren	KEA ratio *inclusief* medische kosten in gewonnen levensjaren
Accijnzen	3-10	140.000	0	zeer gunstig	€ 5.100
individuele interventie					
Kort stopadvies	4,4	12.000	19	€ 4.000	€ 9.000
Minimaal advies door de huisarts	7,9	68.000	96	€ 3.500	€ 9.000
Telefonische counseling	9	72.000	470	€ 16.000	€ 21.000
individuele interventie met medicatie					
Minimaal advies door de huisarts + nicotine vervangende middelen	13,5	200.000	660	€ 8.000	€ 13.000
Intensieve counseling en nicotine vervangende middelen	22	300.000	1.400	€ 11.000	€ 16.000
Intensieve counseling + bupropion	17	290.000	1.300	€ 11.000	€ 16.000
algemene en groepsgerichte interventie					
Massamediale campagne	0,2 -2,1	25.000-280.000	6-8	€ 300	€ 5.500
Schoolgerichte interventie	-	-	-	€ 15.000	€ 20.000

Tabel 3 bevat een selectie van maatregelen. Ook andere maatregelen kunnen effectief zijn. In volgorde van effectiviteit worden in de wetenschappelijke literatuur vermeld: prijs/belastingbeleid, verbod op roken op de werkplek/openbare ruimte, advertentieverbod, gezondheidswaarschuwing en labeling, en behandeling van tabaksverslaving. [54]

[52] Feenstra et al. 2005

[53] bij 20% accijns-verhoging, c.q. individuele begeleiding van 25% van de rokers

[54] Joossens et al.2006

Overgewicht

Er is weinig bekend over de kosteneffectiviteit van interventies bij overgewicht en de effecten van financiële prikkels en wettelijke ge- en verboden. Wel is er een studie bekend waarbij meerdere instrumenten zijn gecombineerd. Uit een analyse van 73 begeleidingstrajecten die alle gericht waren op zowel voeding als bewegen, zijn meerdere *voorbeelden* gevonden van effectieve leefstijlprogramma's in de gezondheidszorg. Leefstijlbegeleiding binnen de gezondheidszorg rondom voedings- en beweeggedrag kan het lichaamsgewicht tegen beperkte kosten verminderen. Een gewichtsverlies van 5% na één jaar kan bereikt worden met begeleidingskosten rond de € 150 per patiënt (met een onzekerheidsrange tot € 300 - € 400). Dit zijn alleen de kosten voor het uitvoeren van de interventie (personeel en materialen).[55] Begeleidingstrajecten waarin deelnemers een dieet met een verlaagde hoeveelheid calorieën wordt voorgeschreven (en niet alleen dieetvoorlichting krijgen) en waarin gedragstherapie wordt aangeboden lijken – bij gelijkblijvende kosten – het meest effectief.[56]

Het RIVM heeft onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om via financiële prikkels de voedselconsumptie te beïnvloeden.[57] Uit het onderzoek kwam naar voren dat het invoeren van effectieve prikkels moeilijk uitvoerbaar is en dat de effecten op gedrag moeilijk voorspelbaar zijn. Het lijkt lastig om ongezonde voeding goed af te bakenen, omdat vet en suiker niet in alle hoeveelheden en in alle producten ongezond zijn. Een vet- of suikeraccijns is daarmee lastig uitvoerbaar en eveneens moeilijk in te passen in EU regelgeving. Het voornaamste juridische argument tegen een differentiatie op vet of suiker is het beginsel van fiscale neutraliteit. Dat beginsel verzet zich ertegen dat soortgelijke goederen, die dus met elkaar concurreren, bijvoorbeeld suikervrije limonade en andere limonade, gewone slagroom of vetvrije slagroom, uit het oogpunt van BTW ongelijk worden behandeld. Daaruit vloeit voort dat dergelijke goederen aan een uniform tarief moeten worden onderworpen. Voeding valt onder het lage BTW-tarief. Het plaatsen van evident ongezonde productcategorie (met veel suiker of vet zoals snoep) in het hoge BTW tarief is een mogelijkheid, maar ook dan zijn de ongezonde producten lastig af te bakenen. Een Mars is snoep, dat is duidelijk, maar is een Ligakoek dat ook of is dat aan te merken als etenswaar. Daarnaast leidt de maatregel tot hogere administratieve lasten bij import en export (meer registraties naar productsoorten). Wel is er reeds een verbruiksbelasting op niet alcoholische dranken (zoals limonade/cola).

In de (inter)nationale literatuur zijn ook meerdere voorbeelden van enkelvoudige (en gecombineerde) leefstijlprogramma's in de wijk gevonden die het gemiddelde gewicht bleken te verlagen. De kosteneffectiviteit van een dergelijke 'community aanpak' lijkt iets gunstiger dan het begeleiden van patiënten in de zorg (*tabel 4*).[58]

[55] Elke extra besteding van € 100 levert een gewichtsvermindering van één procent op. Boven een bedrag van ongeveer € 1000 wordt de kosteneffectiviteit minder gunstig.

[56] Bogers et al. 2006

[57] Boer 2006

[58] Wendel-Vos et al. 2005; Jacobs-van der Bruggen et al. 2006

Tabel 4: Kosteneffectiviteit van gezondheidsbevorderende programma's: overgewicht [59]

Interventie	KEA ratio *zonder* medische kosten in gewonnen levensjaren	KEA ratio inclusief medische kosten in gewonnen levensjaren
Overgewicht		
Leefstijlprogramma in de wijk	€ 900	€ 3.100 - 3.900
Leefstijlprogramma binnen de gezondheidszorg	€ 2.500	€ 3.900 - 5.500

Alcoholgebruik

Bij de preventie van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid blijken vooral op de gehele bevolking gerichte interventies van belang (universele interventies). In het buitenland bewezen effectieve overheidsmaatregelen zijn: accijnsverhoging, beperking van de winkelverkoop van alcohol in het weekend, het verbieden van alcoholreclame en het frequent uitvoeren van onaangekondigde alcoholcontroles bij automobilisten *(tabel 5).* [60] Deze zijn in Nederland niet geëvalueerd, maar blijken volgens buitenlands onderzoek aanzienlijke gezondheidseffecten op te leveren. Kosteneffectiviteitanalyses zijn nog niet verricht.

Tabel 5: Overheidsmaatregelen alcoholgebruik: gezondheidswinst in te winnen DALY's per maatregel.

Overheidsmaatregel	Te behalen gezondheidswinst in DALY's [61]
Beschikbaarheid beperken (niet in weekends)	3.500
Accijnsverhoging met een extra 25%	21.700
Accijnsverhoging met een extra 50%	24.300
Vaker blaastesten bij automobilisten	3.100
Volledig verbod op reclame voor alcohol	6.300

De grote massamediale campagnes hebben vooral effecten op attitudes en kennis. Effecten op alcoholgebruik zijn echter niet aangetoond. Massamediale campagnes hebben op een indirecte manier echter wel gezondheidseffecten. Ze zorgen er voor dat jongeren met drankproblemen zich daarvan bewust worden. Vervolgens wijzen ze hen de weg naar andere vormen van preventie die wel aangetoonde gezondheidseffecten hebben.

[59] Wendel-Vos et al. 2005
[60] Meijer et al.2006

[61] In het betreffende onderzoek werd uitgegaan van een wegingsfactor van 0,15. Chisholm et al. 2004

De kosteneffectiviteit van accijnzen op alcohol is niet bekend, ondermeer omdat gezondheidseffecten van veranderende alcoholconsumptie moeilijk zijn te meten.[62] Wel zijn gegevens bekend over de effectiviteit van prijsprikkels. De gemiddelde prijselasticiteit bedraagt circa -0,4.[63] Een substantiële accijnsverhoging van 20% (opbrengst bijna 200 mln) leidt tot een prijsstijging van circa 4% en daarmee tot -1,6% minder consumptie (gemiddeld genomen). Jongeren en lagere inkomensgroepen zijn hierbij gevoeliger voor prijsstijgingen en matige drinkers zijn gevoeliger dan zware drinkers. Het effect van een accijnsverhoging op de afzet van alcohol neemt af naarmate het niveau van de accijns hoger is. Dit komt door weglek naar het buitenland (waarbij het kostprijsniveau van de ons omringende landen een relevante factor is) en door weglek naar het illegale circuit.[64] Wel geldt dat het instrument niet specifiek gericht is op jongeren of op het tegengaan van overmatig alcoholgebruik en de schade die dat veroorzaakt aan anderen.

Een veel toegepaste universele interventie voor jongeren is het programma 'De gezonde school en genotmiddelen'.[65] Een quasi-experimenteel onderzoek
liet bescheiden effecten zien op alcoholgebruik. Een grootschalig gerandomiseerd effectonderzoek naar deze interventie is recent gestart. Dit kan meer uitsluitsel bieden over de effectiviteit. In relatie tot de toenemende aandacht voor interventies die de rol van de ouders stimuleren bij het reguleren van het alcoholgebruik van hun kind, wordt in de studie ook bepaald welke combinatie van interventies op scholen, bij scholieren en bij hun ouders het meest effectief is.

Voor jongeren zijn er enkele selectieve interventies, waarbij ondermeer gedacht moet worden aan kinderen van verslaafde ouders. Naast een groepsversie bestaat er ook een interventie die via het internet wordt aangeboden, 'Drankjewel'. Het internet lijkt een goed medium om jongeren te benaderen. Voor volwassenen wordt in Nederland toegewerkt naar een stepped-care aanbod via het internet voor mensen met beginnende tot en met ernstige alcoholproblemen. Voor jongeren bestaat sinds kort ook een internet-interventie.

Combinatie van instrumenten
Het onderscheid tussen enkelvoudige en gecombineerde instrumenten is niet altijd even gemakkelijk te maken. Veel interventies bestaan uit zich zelf al uit een combinatie van kleinere onderdelen. De combinatie van instrumenten kan om verschillende redenen worden ingezet. Een belangrijke reden is dat interventies vaak alleen effectief zijn voor bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld schoolinterventies gericht op niet-beginnen met roken en individuele begeleiding in de gezondheidszorg gericht op stoppen met roken). Om het totale bereik in de bevolking te vergroten kunnen interventies dan naast elkaar worden ingezet. Een andere vorm is het geval wanneer interventies *na* elkaar (stepped care) worden ingezet. De stepped care benadering, die bij individuele begeleiding wordt toegepast, begint met lichte vormen van begeleiding (bijvoorbeeld een kort stopadvies) en stapt alleen indien nodig over naar zwaardere vormen (bijv. het gestructureerde stopadvies (H-MIS) al dan niet in combinatie met medicijnen). In de praktijk kan ook de eerste stap worden overgeslagen.

Een belangrijk deel van de interventies gericht op obesitas bestaan uit een voedings- en een bewegingsgedeelte, en bestaat in die zin uit een combinatie.

[62] Babor et al. 2003

[63] Selvanathan et al., 2006

[64] Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 306, nr. 75

[65] Cuijpers et al., 2002

Combinatie van interventies (bijv. de combinatie van voorlichting en accijnzen) kan ook worden ingezet vanuit de veronderstelling of ervaring dat ze elkaar aanvullen, versterken of tot het passeren van een drempelwaarde leiden. Het cumulatieve effect kan zowel groter of kleiner zijn dan de som der delen. Ook de kosteneffectiviteit kan zowel hoger als lager zijn dan die van de afzonderlijke interventies samen. Dat is op voorhand niet te zeggen.

Hieronder wordt beschreven wat bekend is over de combinatie van instrumenten.

Roken: combinatie van instrumenten

Na het invoeren van de rookvrije werkplek, het rookvrije personenvervoer, een forse accijnsverhoging, een grote massamediale campagne en daaraan voorafgaand de invoering van een leeftijdsgrens, reclame- en sponsoringverbod, meer handhaving en gezondheidswaarschuwingen op de verpakking is de totale consumptie van rookwaren in de periode 2001-2004 in Nederland met 9% en het aantal rokers met 10% (400.000 personen) verlaagd.[66] Ook is het aantal situaties waarbij niet-rokers worden blootgesteld aan meeroken flink gedaald. Rookverboden hebben daarmee bijna zeker een aanzienlijk effect gehad op de incidentie van zowel roken als meeroken. Er zijn geen aparte studies uitgevoerd over de effectiviteit (gezondheidswinst) of de kosteneffectiviteit van deze verboden, zodat hierover niet met zekerheid conclusies zijn te trekken.

Obesitas: combinatie van instrumenten

Bij obesitas is volgens de Gezondheidsraad (en de WHO) een combinatie van strategieën het meest succesvol: voorlichting, regelgeving en het creëren van voorzieningen en een gezonde omgeving. Een dergelijke getrapte benadering sluit aan bij het pleidooi van de Gezondheidsraad voor een op gedragstheorie gebaseerd preventieprogramma. In die visie moet eerst bewustzijn worden gecreëerd dat roken, teveel drinken en overgewicht écht ongezond zijn (onderzoeken wijzen uit dat hierover bij veel mensen nog misverstanden bestaan). Vervolgens moet een bereidheid tot gedragsverandering worden bereikt en daarna kan pas worden begonnen met het aanreiken van strategieën om tot een gezondere leefstijl te komen. Deze stappen moeten worden aangepast aan doelgroep en omgeving.

In het project Hartslag Limburg is de effectiviteit van de combinatie van instrumenten op wijkniveau aangetoond en de kosteneffectiviteit geanalyseerd. De activiteiten waren gericht op het verlagen van de vetconsumptie en het verhogen van de lichamelijke activiteit. Het project combineert een wijkgerichte aanpak met acties gericht op individuen met een hoog risico voor gezondheidsproblemen, met speciale aandacht voor het bereiken van achterstandsgroepen. In de wijkgerichte aanpak werden uiteenlopende activiteiten en campagnes opgezet voor de inwoners van de regio Zuidelijk Zuid-Limburg. In de eerste 2,5 jaar van het project werden bijna 300 verschillende kleinschalige gezondheidsactiviteiten georganiseerd variërend van voedingsparties, supermarktacties, voedingsacties in bedrijfsrestaurants en voedingsadviezen op maat tot bewegen voor 55-plussers, 'de klas beweegt', sportief wandelen, fietstochten en kidsfit. De meeste activiteiten waren gericht op het bevorderen van minder vet eten (166), gevolgd door activiteiten gericht op het bevorderen van meer bewegen (84) en activiteiten gericht op meerdere leefstijlfactoren tegelijk zoals informatiestands en cursussen voor tienermeisjes. In het hoog-risico deel van het project kregen patiënten bij huisartsen en in het

[66] CBS 2006

ziekenhuis een speciale interventie. Het aantal deelnemers varieerde enorm: van vier deelnemers aan een bepaalde kookcursus tot 2500 deelnemers aan een wandeltocht. Het totaal aantal deelnemers aan alle activiteiten tezamen lag tussen de 25.000 en 35.000.[67]

Het effect van de interventie is onderzocht door vergelijking van de gezondheidsontwikkeling van de bevolking in de regio Zuidelijk Zuid-Limburg met de regio Doetinchem. De veranderingen in gedrag- en biologische risicofactoren voor hart- en vaatziekten zijn 5 jaar na de interventie gemeten. De effecten waren gunstig met betrekking tot voeding, bewegen en biologische risicofactoren. Het succes was bescheiden van omvang. Er was geen afname in gemiddeld gewicht, wel nam in de interventieregio in vijf jaar tijd het (over)gewicht significant minder snel toe dan in de controleregio.[68]

Naast deze effectevaluatie zijn ook de kosten van de verschillende onderdelen van het project in kaart gebracht, zodat een kosteneffectiviteitanalyse kon worden uitgevoerd. Om na te gaan wat het effect zou zijn van opschaling van het project tot heel Nederland, zijn met behulp van het Chronisch Ziektenmodel drie varianten van opschaling doorgerekend, die van elkaar verschilden in intensiteit en het aantal mensen dat benaderd wordt. In de varianten is meegenomen dat (een deel van de) mensen met overgewicht intensieve leefstijlbegeleiding krijgen (conform de SLIM[69] interventie).[70]

De schattingen van de totale kosten en de kosteneffectiviteit in geval de gecombineerde interventie van Hartslag Limburg én de individuele begeleiding van mensen met overgewicht (de SLIM-interventie) over geheel Nederland zou worden uitgevoerd staan in *tabel 6*. Er zijn drie uitvoeringsvarianten doorgerekend met een verschillende implementatiegraad van de maatregelen (scenario 1 en 2) en een variant waarbij de interventies alleen gericht zijn op lichamelijke activiteit (scenario 3).

Scenario's

Scenario 1: 90% van de bevolking krijgt de Hartslag Limburg interventie en 10% van mensen met overgewicht krijgt intensieve leefstijlbegeleiding (SLIM),
Scenario 2: 30% van de bevolking krijgt de Hartslag Limburg interventie en 5% van mensen met overgewicht krijgt intensieve leefstijlbegeleiding.
Scenario 3: alleen de onderdelen rond lichamelijke activiteit worden uitgevoerd (op dezelfde schaal als scenario 2)

De effecten op de verbetering van overgewicht en lichamelijke activiteit zijn het grootst in scenario 1 en het minst in scenario 3.

Effecten op bevolkingsniveau

Scenario 1: percentage overgewicht daalt met 3 procentpunt, percentage inactieven met 2 procentpunt,
Scenario 2: percentage overgewicht daalt met 1 procentpunt, percentage inactieven met 1 procentpunt,
Scenario 3: percentage inactieven daalt met 1 procentpunt.

[67] Assema et al. 2006

[68] Schuit et al. 2007

[69] Study on Lifestyle intervention and Impaired glucose tolerance Maastricht

[70] Mensink et al. 2003

Tabel 6: Macrokosten en kosteneffectiviteit indien Hartslag Limburg en de SLIM-interventie landelijk zouden worden ingevoerd 71

Scenario	Totale kosten (* 1 mln €)	Kosten per QALY (inclusief zorgkosten tijdens gewonnen levensjaren
1	470	5650
2	230	6140
3	98	7010

Er kunnen twee conclusies getrokken worden uit de scenarioberekening:

1. De kosteneffectiviteit van programma's gericht op voeding én bewegen lijkt gunstiger te zijn dan maatregelen die alleen gericht zijn op bewegen (vergelijking scenario's 1 en 2 met 3)
2. De gunstige effecten en de totale kosten op bevolkingsniveau nemen logischerwijs toe als het programma op grotere schaal wordt uitgevoerd. Voor de kosteneffectiviteit lijkt de schaalgrootte weinig uit te maken (vergelijking scenario 1 en 2).

Alcoholgebruik: combinatie van instrumenten

Er zijn geen voorbeelden gevonden van alcoholinterventies waarin de effectiviteit van de combinatie van meerdere instrumenten is onderzocht.

Integraal beleid

Bij integraal beleid streeft de overheid op bestuurlijk niveau naar een betere samenhang tussen gezondheidsbeleid en andere beleidsterreinen[72]. Er zijn verschillende vormen van integraal beleid, die oplopen in de mate van complexiteit. Een sluitende aanpak of ketenbenadering rond één probleemgebied (bijvoorbeeld rond roken of alcoholgebruik) is in verhouding minder complex dan wanneer alle beleidssectoren uitgaande van hun eigen beleidsterrein (al dan niet gezamenlijk) werken aan de bevordering van gezondheid en gezond gedrag. Op lokaal niveau is de gemeente Rotterdam een voorbeeld hoe het streven naar integraal beleid op alle beleidsterreinen tegelijk en in gezamenlijkheid in de praktijk vorm krijgt. De effectiviteit van onderdelen van integraal beleid is vaak wel plausibel en soms bewezen, maar de (kosten)effectiviteit van een *totaalpakket* van integraal beleid is als gevolg van de toenemende complexiteit, onderzoekstechnische beperkingen en omvangrijke benodigde onderzoeksbudgetten niet of slechts zelden (experimenteel) aan te tonen.

Samenvatting

Tabel 7 bevat een samenvatting van de bevindingen. Hierin worden uitsluitend KEA-ratio's genoemd inclusief de zorgkosten in gewonnen levensjaren. Per leefstijlfactor is bovendien aangegeven of er voorbeelden van effectieve interventies beschikbaar zijn. Verder wordt aangegeven of er iets te zeggen valt over de KEA-ratio per doelgroep en welke opvallende succes- en faalfactoren aanwezig zijn.

[71] Wendel-Vos et al. 2005

[72] Ministery of Social Affairs and health Finland 2006

Tabel 7 Overzichtstabel resultaten kosteneffectiviteitstudies (€ per QALY inclusief zorgkosten tijdens gewonnen levensjaren)

Roken

	Voorlichting en begeleiding	**Financiële prikkels**	**Wettelijke ge - en verboden**	**Combinatie van methoden**
Kosteneffectiviteit *€ per QALY*	5.200 tot 21.500 [73]	4.500 tot 5.100 [74]	Onbekend	Onbekend
Voorbeelden van bewezen effectieve interventies gevonden?	Effectieve voorbeelden gevonden	Effectieve voorbeelden gevonden	Effectieve voorbeelden gevonden	Vanwege combinatie van overheidsmaatregelen effect moeilijk specifiek toe te wijzen
Kosteneffectiviteit per specifieke doelgroep	Jeugd: 18.900 tot 23.000 [75]	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Kanttekeningen bij de beschikbare studies	Effectiviteit massamediale campagne 0,2 procentpunt [76]	Effectiviteit accijns op basis van Amerikaanse studie	Gegevens over consumptie van tabak na wetswijzigingen	gegevens over consumptie van tabak na overheidsmaatregelen
Kritische succes - en faalfactoren	Combinatie met andere instrumenten vergroot effectiviteit (Amerikaans onderzoek)	Tegengaan van ontduiking. Effect ebt weg	Het effect zwakt in de loop van tijd af en handhaving is belangrijk	

[73] Feenstra et al. 2005

[74] Feenstra et al. 2005

[75] Baal et al. 2005

[76] De effectiviteit van massamediale campagnes gericht op stoppen met roken is geschat op basis van bestudering van de internationale literatuur en eenvoudige voor-nametingen. De schattingen lopen uiteen. In de KEA-analyse is daarom uitgegaan van een lage schatting: een minimale effectiviteit van een dergelijke campagne van 0,2 procentpunt (25.000 rokers die stoppen). Feenstra et al. 2005, p. 44

Bewegen en voeding

	Voorlichting en begeleiding	Financiële prikkels/ subsidies	Wettelijke ge - en verboden	Combinatie van methoden
Kosteneffectiviteit *€ per QALY*	3.900 – 5.500 [77]	Onbekend	Geen interventies bekend	5.650-7.010 [78]
Voorbeelden van bewezen effectieve interventies gevonden?	Effectieve voorbeelden gevonden	Effectieve voorbeelden gevonden voor beweging, onbekend voor voeding	Idem	Effectieve voorbeelden gevonden
Kosteneffectiviteit per specifieke doelgroep	Onbekend	Onbekend	Idem	Onbekend
Kanttekeningen bij de beschikbare studies	Metastudie	Metastudie	Idem	Slechts één KE studie bekend
Kritische succes - en faalfactoren	Combinatie met andere instrumenten vergroot mogelijk effectiviteit			

Alcohol

	Voorlichting en begeleiding	Financiële prikkels/ subsidies	Wettelijke ge - en verboden	Combinatie van methoden
Kosteneffectiviteit *€ per QALY*	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Voorbeelden van bewezen effectieve interventies gevonden?	Voorbeelden van plausibel effectieve interventies gevonden	Effectieve voorbeelden gevonden	Effectieve voorbeelden gevonden	Onbekend
Kosteneffectiviteit per specifieke doelgroep	Onbekend	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Kanttekeningen bij de beschikbare studies	Nederlandse studies hebben nog vooral een kwalitatief karakter	Prijselasticiteit varieert sterk tussen verschillende studies	Buitenlands onderzoek	
Kritische succes - en faalfactoren	Combinatie met andere instrumenten vergroot mogelijk effectiviteit	Tegen gaan van ontduiking	Handhaving	

[77] Wendel-Vos et al. 2005

[78] Wendel-Vos et al. 2005

Voor diverse instrumenten zijn *voorbeelden* van effectieve interventies beschikbaar, waarvan ook de kosteneffectiviteit bekend is. Zoals te verwachten was zijn er meer gegevens over de effectiviteit van instrumenten bekend dan over de kosteneffectiviteit.

Er zijn weinig onderzoeksgegevens beschikbaar over de kosteneffectiviteit toegespitst op doelgroepen en op de combinatie van instrumenten. Bij beide speelt dat deze toespitsing extra onderzoek vereist. Interventies hebben uiteraard altijd op een bepaalde (doel)groep betrekking, maar er zijn geen systematische overzichten beschikbaar die de kosteneffectiviteit per doelgroep uitsplitsen en met elkaar vergelijken.

3.5 Kosteneffectiviteit van gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming, ziektepreventie en curatie

In deze paragraaf wordt de kosteneffectiviteit van maatregelen gericht op gezondheidsbevordering, met behulp van een vergelijking met curatieve en gezondheidsbeschermende maatregelen, in perspectief geplaatst. Doordat ongezond gedrag een van de belangrijk oorzaken is van vroegtijdige ziekte en sterfte in onze huidige maatschappij, speelt ongezond gedrag zowel in de preventie als in de curatieve zorg een (toenemende) rol. De verschillende domeinen krijgen meer met elkaar te maken en de onderlinge grenzen vervagen gedeeltelijk: [79]

- Binnen de curatieve zorg wordt steeds meer zorg tegenwoordig gegeven aan mensen met een chronische aandoening zoals diabetes, reuma en COPD, waarbij leefstijladviezen een prominente betekenis hebben.
- Ziektepreventie richt zich traditioneel vooral op het vroegtijdig ontdekken van ziekten zoals borst- en baarmoederhalskanker waarbij gedrag een relatief beperkte rol speelt; er is nu toenemende aandacht voor het vroegtijdig ontdekken van ziekten zoals diabetes, waarbij gedrag een grotere invloed heeft.
- Gezondheidsbescherming richt zich traditioneel op omgevingsinvloeden die nadelig zijn voor de volksgezondheid zoals afvalverwerking en drinkwaterzuivering. Omdat nu het eigen gedrag zo'n grote betekenis krijgt voor de (volks)gezondheid, ligt het in de rede om na te gaan wat de mogelijkheden binnen dit domein zijn.

Voor roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik zijn zowel buiten als binnen de gezondheidszorg effectieve begeleidingsprogramma's beschikbaar. Binnen de gezondheidszorg zijn interventies vooral gericht op het stoppen met ongezond gedrag. Buiten de gezondheidszorg zijn ze bovendien gericht op het niet-beginnen met ongezond gedrag.

Uit de vorige paragraaf bleek dat de gevonden voorbeelden van bewezen kosteneffectieve interventies binnen het domein van gezondheidsbevordering alle minder kosten dan € 20.000 per voor kwaliteit gecorrigeerde gewonnen levensjaar (QALY). Dat heeft mede te maken met de grenswaarden die worden gehanteerd in (Nederlandse) wetenschappelijke publicaties. Bij gezondheidsbevordering en ziektepreventie wordt de maximaal aanvaardbare KEA-ratio vaak op € 20.000 per voor kwaliteit van leven

[79] Momenteel wordt verkend of het mogelijk is om zogenaamde integrale KEA-analyses uit te voeren, waarbij voor bepaalde ziekten de kosteneffectiviteit van zowel preventieve, curatieve als care interventies met elkaar wordt vergeleken. Feenstra et al. 2006

gecorrigeerd levensjaar (QALY) gehanteerd. Dat verklaart waarom in de literatuur voor gezondheidsbevordering geen interventies met hogere KEA-ratio's worden vermeld.

In andere domeinen (gezondheidsbescherming en curatieve interventies) worden lagere maar ook veel hogere bedragen gevonden. Dit komt deels doordat bijvoorbeeld binnen curatieve zorg (bij acute nood) en gezondheidsbescherming (externe risico's) andere besluitvormingscriteria een rol spelen en hogere kosten aanvaardbaar worden geacht dan bij gezondheidsbevordering en deels doordat doelmatigheidswinst mogelijk is.[80] De hielprik (ziektepreventie) en de rookmelder (gezondheidsbescherming) zijn zorgkostenbesparende voorbeelden; ziektemanagement bij astma kost tot 1000 euro per QALY. Preventieve cholesterolverlaging (ziektepreventie; categorie 10.000 – 100.000 euro per QALY), voorkomen van legionellabesmetting (gezondheidsbescherming; categorie 100.000 tot 1 miljoen per QALY), EPO-behandeling bij nierdialyse en neurochirurgie bij hersentumoren (medische behandeling, categorie 100.000 tot 1 miljoen euro per QALY) zijn voorbeelden van dure interventies.[81]

3.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is ingegaan op de vraag wat bekend is over de kosteneffectiviteit van overheidsmaatregelen gericht op gezond gedrag door gedragsbeïnvloeding. Onze kennis over de kosteneffectiviteit van (overheids)maatregelen ter bevordering van gezond gedrag is nog verre van volledig. Zo zijn er nog geen systematische overzichten van kosteneffectiviteitanalyses van interventies gericht op bepaalde doelgroepen (kinderen, lage SES). Toch zijn een aantal conclusies te trekken over de kosteneffectiviteit van verschillende (overheids)interventies:

- Fiscale instrumenten en regelgeving zijn betrekkelijk tot zeer effectief en vanwege de belastingopbrengsten en relatief geringe kosten, al vrij snel ook kosteneffectief of zelfs besparend. Wel zijn fiscale instrumenten ongericht.
- Er bestaan vormen van gedragsbeïnvloeding door informatievoorziening en individuele counseling waarvan in experimenten bewezen is dat ze effectief zijn en de kosteneffectiviteit bekend is. De KEA ratio's liggen tussen € 300 en € 16.000 ingeval géén zorgkosten tijdens extra gewonnen levensjaren worden meegenomen.
- Er zijn ook voorbeelden van effectieve school- en wijkgerichte interventies gevonden ter bevordering van gezond gedrag; bij overgewicht lijkt de kosteneffectiviteit (€ 900) in deze interventies veel gunstiger dan bij roken (€15.000) ingeval er géén zorgkosten tijdens extra gewonnen levensjaren worden meegenomen.

Het is op basis van de verzamelde gegevens in dit hoofdstuk mogelijk een zeer globale inschatting te maken welk totaaleffect het grootschalig invoeren van één of meer maatregelen zal kunnen hebben op de toename van gezond gedrag (vooral roken, daarna overgewicht en vervolgens overmatig alcoholgebruik) en welke kosten daarmee gepaard gaan. De beschikbare gegevens zijn (nog) niet van dien aard dat een optimaal pakket van maatregelen kan worden samengesteld. Hiervoor is vooral kennis nodig van het mogelijke bereik en effectiviteit van de maatregelen onder verschillende doelgroepen.

[80] Van Oers et al. 2002.

[81] Complexe chirurgische ingrepen (orgaantransplantaties) hebben bijvoorbeeld een ongunstiger partiële kosten effectiviteit ratio dan bijvoorbeeld rookinterventies. Dit komt door de zeer hoge kosten van deze ingrepen mede door het lange verblijf op de intensive care.

Bij veel interventies geldt dat er aanvullend onderzoek wenselijk is om na te gaan onder welke voorwaarden grootschalige invoering het meest succesvol zal zijn. In de wetenschappelijke literatuur worden vooral succesvolle interventies gepubliceerd. Kosteneffectiviteitstudies bouwen op die succesvolle interventies voort, maar zijn zelf niet gericht op het in kaart brengen van voorwaarden voor succesvolle implementatie elders. Voorbeelden van effectieve interventies in kleinschalige experimenten, in één bepaalde wijk of regio, of in een ander land zijn derhalve op zich nog geen garantie voor succesvolle invoering in (heel) Nederland.

Hoewel er de afgelopen jaren een stap voorwaarts is gemaakt in kosteneffectiviteitanalyses binnen de gezondheidszorg, waarbij preventie en gezondheidsbevordering in sommige opzichten voorop lopen, worden bij de beoordeling van afzonderlijke maatregelen op dit moment alleen de kosten van de interventie zelf en van de medische zorg tijdens gewonnen levensjaren meegenomen, en blijven veel andere maatschappelijke kosten en baten van (on)gezond gedrag (nog) buiten beschouwing.

4 Het huidige beleid

In dit hoofdstuk wordt het huidige rijksbeleid ten aanzien van de bevordering van gezond gedrag behandeld. Dit terrein is primair onderdeel van het Volksgezondheidsbeleid. Maar ook een aantal andere beleidsterreinen houdt verband met gezond gedrag. Een gezonde leefstijl van de bevolking is de resultante van een complex van gedragingen en randvoorwaarden. Belangrijke delen van dit complex liggen buiten het beleidsterrein Volksgezondheid.
Dit hoofdstuk beperkt zich tot de inspanningen op de beleidsterreinen van de departementen die hebben deelgenomen aan dit beleidsonderzoek. Dat betekent dat verkeersveiligheid en de rol van handel en industrie niet (diepgaand) bij dit onderzoek zijn betrokken.

In dit hoofdstuk wordt eerst nagegaan welk beleid per departement feitelijk wordt gevoerd. Vervolgens wordt gekeken naar een aantal andere actoren die een belangrijke rol hebben bij gezond gedrag. Aan het slot wordt vanuit een meer integrale blik gekeken naar de mate van samenhang (integraliteit) en overlap c.q. witte vlekken.

De financiering van de bevordering van gezond gedrag is sterk verspreid: onderwijsgelden, gemeentefonds, ziektekosten- en verzuimverzekeringen dragen allemaal bij. Bij de beschrijving zijn bijbehorende bedragen die worden besteed aan gezondheidsbevordering zoveel mogelijk weergegeven. Toerekening van deze preventie-uitgaven aan de thema's van het IBO is slechts beperkt – en arbitrair - mogelijk. Veel uitgaven die invloed hebben op gezond gedrag hebben betrekking op activiteiten die niet primair gericht zijn op het bevorderen van gezond gedrag. Voor de rijksbegroting zijn alleen uitgaven op het gebied volksgezondheid, sport, de bekostiging van handhaving door de VWA, een aantal projecten van LNV en de uitvoeringskosten van accijnzen direct toe te wijzen aan het bevorderen van gezond gedrag.

4.1 VWS

De Minister van VWS is onder andere verantwoordelijkheid voor de bevordering van een gezonde leefstijl, als onderdeel van het volksgezondheidsbeleid. Behalve Volksgezondheid hebben nog verschillende andere beleidsterreinen van VWS een relatie met leefstijl: [82]

- de zorgverzekeringen (ZVW en AWBZ),
- de eerstelijns curatieve zorg,
- de geneesmiddelenverstrekking
- het sportbeleid
- de maatschappelijke ondersteuning
- de langdurige zorg
- jeugd en gezin.

Hierna wordt ingegaan op de terreinen curatieve zorg, geneesmiddelen, zorgverzekering, sport en maatschappelijke ondersteuning.

A) Volksgezondheid

In de VWS-begroting voor 2007 staat een aantal prestatie-indicatoren geformuleerd voor roken, schadelijk alcoholgebruik, beweging en gezonde voeding, met een streefwaarde:

Tabel 8 prestatie-indicatoren gezondheidsbevordering

Concrete doelstellingen	**Nulmeting**	**Streefwaarde**
Toename niet rokers	72% (2005)	80% (2010)
- Daling prevalentie van alcoholgebruik bij 12 t/m 15 jarigen.	82,4% (2003)	61,3% (2010)
- Daling van prevalentie van probleemdrinken bij 16 t/m 69 jarigen	10,3% (2004)	7,5% (2010)
Toename van bewegende mensen	60% (2005)	65% (2010)
Toename van mensen die gezond eten	2% (2003)	10% (2010)
Daling verzadigde en transvetzuren:	14% (2003)	11% (2010)
Stabilisatie of stijging aantal mensen zonder overgewicht		
Volwassenen:		55% (2010)
Kinderen:	87% (1997)	90% (2010)

Om deze doelen te kunnen bereiken beschikt de Minister over een aantal instrumenten.

Wettelijke instrumenten en handhaving

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv).

[82] Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2007

De Wcpv legt een aantal preventietaken bij de gemeenten, respectievelijk de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en)[83]. Collectieve preventie wordt gedefinieerd als bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit, alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking. Het onderscheid met de curatieve zorg is, dat deze laatste is gericht op de individuele gezondheidstoestand. De gemeenteraad heeft tot taak de totstandkoming en continuïteit van collectieve preventie te bevorderen. Daarnaast bevordert de gemeenteraad zorg voor de samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg. De taken van de gemeente zijn onder meer het verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking, het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen en het bijdragen aan preventieprogramma's. Per GGD kan de invulling van deze taak verschillen, maar jeugdgezondheidszorg en gezondheidsbevordering behoren tot het reguliere takenpakket van alle GGD'en.[84] Wat doen GGD'en concreet aan de bevordering van gezond gedrag:

- roken: cursussen stoppen met roken en medewerking aan Partnership "Stop met roken"; voorlichting gericht op scholen;
- alcohol: medewerking aan campagnes en voorlichting vooral aan scholieren;
- overgewicht: medewerking aan voorlichting over gezonde voeding en beweging; vooral gericht op de ouders en kinderen (consultatiebureau).

De Wcpv is voorts de basis voor de vierjaarlijkse preventiecyclus, die begint met de Volksgezondheid Toekomstverkenning van het RIVM (jaar 1), gevolgd door de Rijkspreventienota (jaar 2). Deze rijksnota wordt uitgewerkt in de gemeentelijke gezondheidsnota's (jaar 3). Sluitstuk is het rapport van de Inspectie voor de gezondheidszorg over het gemeentelijk beleid (jaar 4). In de huidige cyclus is 2007 het jaar waarin gemeenten hun beleidsnota dienen op te stellen.

De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) inspecteert mede op basis van de Wcpv. In 2005 is het jaarlijkse rapport Staat van de Gezondheidszorg gewijd aan de openbare gezondheidszorg. Daarin zijn onder meer de effectiviteit van het lokale beleid gericht op overgewicht en de kwaliteit van de gemeentelijke Gezondheidsnota's behandeld.

De uitvoering van de Wcpv wordt gefinancierd uit de algemene middelen van de gemeenten (gemeentefonds, eigen inkomsten). Gezien het feit dat het gemeentefonds een algemene uitkering is, kan niet worden aangegeven wat het budgettaire beslag van de Wcpv op de rijksbegroting is.

Tabakswet

Deze wet stelt producteisen en beperkingen ten aanzien van reclame, sponsoring en verkoop, regelt rookverboden als mede sancties en toezicht. Een voorbeeld van beperkingen t.a.v. verkoop betreft de bepaling dat alleen bedrijfsmatig tabaksproducten mogen worden verstrekt aan een persoon van wie is vastgesteld dat deze de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt.

Drank- en Horecawet

De Drank- en Horecawet regelt de verantwoorde verstrekking van alcoholhoudende dranken. De wet verbiedt alle bedrijfsmatige en niet-gratis verstrekking

[83] Er zijn momenteel 33 GGD'en.
[84] GGD-Nederland 2006

van alcoholhoudende dranken aan een jongere van wie niet is vastgesteld dat hij/zij ouder is dan 16 jaar. Dit verbod behelst ook de verstrekking via een bezoeker die wel 16 of ouder is. Voor sterke drank ligt de grens op 18 jaar. Ook geldt er voor slijterijen een verbod op de aanwezigheid van jongeren onder de 16 jaar zonder begeleiding van iemand die minstens 21 jaar oud is.

Warenwet
Op basis van deze wet kunnen producteisen en eisen aan de etikettering worden gesteld. Onterechte gezondheidsclaims kunnen worden tegengegaan. Aandachtspunt hierbij is dat deze beperkingen aanvaardbaar moeten zijn vanuit de EU-regelgeving over handelsbelemmeringen. Op grond van de warenwet kunnen ook eisen vanuit veiligheid worden gesteld aan onder meer speelgoed (relevant in verband met bewegen door kinderen).

Bovenstaande drie wetten worden gehandhaafd door de Voedsel- en Warenautoriteit. Sinds 2002 hebben alle vijf VWA-regio's een Drank, Horeca en Tabaksteam (DHT team), dat zich bezighoudt met het toezicht op de naleving van vooral de leeftijdsgrenzen van de Drank- en Horecawet en de Tabakswet. De VWA heeft de beschikking over 79 DHT inspecteurs. Zij controleren of bedrijven zich aan deze twee wetten houden en delen zonodig bestuurlijke boetes uit. De kosten van de inspecteurs bedragen € 8,8 miljoen (2007). In het kader van de Warenwet wordt tevens aandacht gegeven aan onderwerpen als Kids Marketing (op kinderen gerichte reclame), voedselkwaliteit en kwaliteit van speelgoed ("activity toys" of speelgoed in de kinderopvang). De aanpak van de VWA is gebaseerd op risicobeoordeling en proportionaliteit.

Uit de meest recente rapportage (over 2005) over handhaving van de wettelijke leeftijdsgrenzen bij alcoholverkoop blijkt dat de slaagkans bij een aankooppoging door een jongere onder de leeftijdgrens voor alcohol ligt op 85% of meer; een 14/15-jarige die zwak-alcoholhoudende drank in de horeca bestelt heeft een slaagkans van 94%[85]. Voor tabak is deze slaagkans circa 90%.[86] Opmerkelijk is dat het percentage jongeren dat een dergelijke poging doet zowel bij alcohol als tabak tussen 2003 en 2005 is gedaald: bij alcohol van 32% naar 20% en bij tabak van 23% naar 5%. Kijkend naar het uiteindelijke resultaat, blijkt het gebruik onder jongeren niet wezenlijk te veranderen: van 2003 tot 2005 is het aantal jongeren dat recent gerookt heeft niet significant veranderd (van 28 naar 29%) en het percentage dat recent alcohol heeft gebruikt iets gedaald (van 68% naar 63%, waarbij de daling voor de leeftijdsgroep 13-jarigen groter is (van 46 naar 37%) dan voor 16/17 jarigen (van 82% naar 81%). Ander onderzoek laat een daling van het gebruik van tabak bij jongeren zien. Deze cijfers geven aan dat:

- het stellen van leeftijdsgrenzen een significant effect heeft op het aantal jongeren dat zelf een kooppoging doet;
- dat de jongeren die kooppogingen blijven doen meestal wel slagen;
- dat het effect van de handhaving van de DHT-teams van de VWA op het alcohol- en tabaksgebruik door jongeren nog beperkt is.

De betreffende rapportages geven geen uitsluitsel over de naleving van de bepalingen over de indirecte kooppogingen of de aanwezigheid in slijterijen van jongeren onder de 16 jaar zonder volwassen begeleiding.
De VWA inspecteert ten slotte ook het rookverbod op de werkplek. Het meest recente rapport betreft een controle uit medio 2004, dus kort na de invoering. Op dat moment

[85] VWA 2006a

[86] VWA 2006b

bleek het merendeel van de bedrijven de regels goed na te leven en het draagvlak voor het rookverbod eveneens redelijk groot.

Voorlichtings- en preventieactiviteiten.
Het gaat hierbij om het verstrekken van subsidies. De volgende uitgaven, met uitzondering van de subsidie aan het Nationaal Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) vallen onder de begrotingspost "bevorderen gezonde leefstijl" van artikel 41: Volksgezondheid, van de begroting van VWS. Deze begrotingspost bedraagt in totaal voor 2007 € 28,7 miljoen.

- Onderzoek en ontwikkeling ten behoeve van preventie, onder andere gericht op ongezond gedrag als ziektedeterminant. Hiermee zijn de volgende organisaties belast:
  - het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne; dit is een kennisinstituut van de overheid (VWS en VROM) dat onderzoek verricht en wereldwijd verzamelt.
  - ZonMW. Deze organisatie is belast met onderzoek en innovatie gericht op preventie, zorg en gezondheid. De doelstellingen van het huidige (derde) preventieprogramma zijn:
    1. het stimuleren dat beschikbare kennis en effectieve preventiemethoden over preventie *worden toegepast in de praktijk* en
    2. het ontwikkelen van vernieuwende en kansrijke (kosten)effectieve preventiemogelijkheden.
    3. het vergroten van de kennis over (kosten)effectieve preventie;
    4. het vergroten van *de kennis over de toepassing* (en de randvoorwaarden daarvoor) van effectief en doelmatig gebleken preventie;

- Het programma "Landelijke leefstijlcampagnes" van ZonMw (€ 7,7 miljoen in 2007). In het kader van dit programma verstrekt ZonMw subsidie voor het uitvoeren van campagnes op het gebied van leefstijlthema's, zoals preventie van overgewicht, matiging van alcoholconsumptie, actief bewegen, stoppen en preventie van roken, bevorderen van veiligheid van kind en ouder en preventie van sportblessures. Het programma heeft mede als doel bij te dragen aan de kwaliteit en effectiviteit van de campagnes;
- Het project "De Gezonde School en Genotmiddelen" van het Trimbos-instituut (€ 0,4 miljoen in 2007). Het project, bestemd voor het basis- en voortgezet (speciaal) onderwijs, geeft informatie over genotmiddelen, besteedt aandacht aan de risico's, aan houdingsaspecten en aan sociale vaardigheden als 'nee' leren zeggen, groepsdruk en weerbaarheid. Het project zorgt in het basis- en voortgezet onderwijs voor een doorlopende leerlijn;
- Het project "Alcohol en Opvoeding", ook van het Trimbos-instituut (€ 1,3 miljoen in 2007). Dit project is gericht op ouders en de bewustwording bij ouders. Doel is dat jongeren later beginnen met drinken;
- Voorlichtings- en preventieactiviteiten van Stichting Voedingscentrum Nederland voor projecten op het gebied van gezonde voeding en voedselveiligheid en projecten als "Verborgen vetten", "Borstvoeding verdient tijd" en "Groente en Fruit in achterstandswijken". Deze activiteiten worden via de instellingssubsidie gefinancierd;

- Een aantal gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's):
  - op het terrein van alcoholgebruik aan het Trimbos-instituut (€ 3,7 miljoen) en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, NIGZ (€ 2,9 miljoen)
  - voor tabakgebruik STIVORO (€ 0,8 miljoen)
  - voor bewegen het NISB (€ 3,5 miljoen)
  - voor voeding Voedingscentrum Nederland (€ 1,4 miljoen).

  Het NIGZ levert daarnaast expertise ten behoeve van het lokale preventiebeleid.

Overige instrumenten
Voor de realisatie van de beleidsdoelen wordt gestreefd naar de inzet van en samenwerking met een groot aantal publieke en private partijen. Voorbeelden zijn

- het Nationaal programma tabaksontmoedigingsbeleid. VWS subsidieert – samen met Hartstichting, Koningin Wilheminafonds en Astma Fonds – de voorlichtingsorganisatie STIVORO (basisfinanciering en campagnes) en het op de zorg gerichte Partnership "Stop met roken" (met als een van de doelen de invoering van een klinische richtlijn "Behandeling van tabaksverslaving"). Deze activiteiten zijn mede op risicogroepen gericht (hartpatiënten, scholieren, lage welstandsgroepen die bovengemiddeld roken). De kosten voor VWS bedragen € 4,3 miljoen. Dit is inclusief een bijdrage van € 2,7 miljoen door ZonMw vanuit het programma "Landelijke leefstijlcampagnes";
- het Actieplan Sport en Bewegen. Dit actieplan bevat massamediale campagnes gericht op kennisbevordering en subsidies aan sportorganisaties en instellingen. Kosten: € 5,0 miljoen in 2007;
- het Convenant Overgewicht tussen het rijk, bedrijfsleven, sportkoepels en zorgverzekeraars. In het kader van dit Convenant wordt het actieplan "Energie in Balans" uitgevoerd. Kosten: € 375.000 in 2007;
- het Convenant Smeerbare vetten over de vitaminisering van margarine met de levensmiddelenindustrie;
- het Partnership Vroegsignalering Alcohol. Dit samenwerkingsverband richt zich op versterking van vroegsignalering en vroege behandeling van probleemdrinkers. Kosten: € 175.000 in 2007.

B) Gezondheidszorg
In de gezondheidszorg zijn drie beleidsterreinen relevant voor de bevordering van gezond gedrag: de Zorgverzekeringswet, de curatieve zorg (vooral de eerstelijnszorg) en de geneesmiddelen.

Zorgverzekeringswet
De ZVW regelt dat elke Nederlander zich verplicht verzekert voor ziektekosten (basisverzekering). De zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht en mogen geen premiedifferentiatie op grond van risico toepassen. Verzekeraars worden voor populatieverschillen gecompenseerd via de risicoverevening. Het verzekerde pakket is wettelijk vastgesteld. De inhoud en omvang van de verzekerde zorgvormen worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk van de zorg, dan wel door wat geldt als verantwoorde en adequate zorg. Voor collectiviteiten geldt de mogelijkheid van een premiekorting van maximaal 10%.

De ZVW wordt niet actief ingezet als instrument voor de bevordering van gezond gedrag voor de gehele bevolking. Het verzekerde pakket is gericht op geneeskundige zorg; gedragsinterventies gericht op gezonde mensen horen daar in beginsel niet toe. Wel

bevat het pakket veel secundaire en tertiaire preventie, inclusief interventies gericht op roken, alcoholgebruik, bewegen en voeding voor risicogroepen en chronisch zieken (onder andere cardiovasculair, diabetes, COPD). De collectiviteitenkorting is onafhankelijk van preventieve inspanningen. Verzekerden kunnen evenmin worden geweigerd op basis van een groter risico door ongezond gedrag. Verhaal van verwijtbare gezondheidsschade op de veroorzaker (in casu de persoon met een ongezonde leefstijl) is eveneens niet toegestaan.

Curatieve zorg

De beschrijving beperkt zich hier tot de eerstelijns curatieve zorg. Deze is laagdrempelig, toegankelijk en generalistisch en kent een hoge contactfrequentie. De eerste lijn is daarom het meest aangewezen om een rol te vervullen bij de bevordering van gezond gedrag. De eerstelijnszorg heeft de huisarts als centrale figuur. Deze is tevens de poortwachter die kan doorverwijzen naar medisch specialistische hulp in de tweede lijn.

De curatieve zorg is van oudsher gericht op zorg aan mensen met gezondheidsklachten en ziekten; leefstijlbevordering is onderdeel van de zorg en wordt als zodanig ook genoemd in de artseneed. Leefstijlbevordering bij mensen met een hoog risico op gedraggerelateerde gezondheidsklachten c.q. van mensen met een ongezonde leefstijl is geen vanzelfsprekend onderdeel van de reguliere zorg, maar kan aan de orde komen tijdens een consult. In de eerstelijnszorg zijn veel initiatieven, maar nog grote lokale verschillen in actieve leefstijlbevordering bij hoogrisicopatiënten.

Het risico op behoefte aan curatieve zorg is verzekerd krachtens de ZVW. Dit betreft geneeskundige zorg zoals die onder andere door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden[87]. Hiervoor geldt een open systeem: alle geneeskundige zorg is verzekerd tenzij expliciet uitgesloten. Preventie door bevordering van gezond gedrag behoort tot de gebruikelijke geneeskundige zorg voor chronisch zieken (tertiaire preventie).[88] Bevordering van algemeen gezond gedrag van mensen met een ongezonde leefstijl maar zonder gezondheidsklachten (primaire preventie) wordt in het algemeen niet tot de verzekerde zorg gerekend. Toevoegingen aan het pakket worden getoetst op bewezen kosteneffectiviteit.

De bekostiging van de eerste lijn bevat geen expliciete prikkels voor leefstijlpreventie; leefstijlpreventie moet daardoor in de spreekkamer van eerstelijnszorgverleners (onder meer de huisarts en verloskundige) concurreren met curatieve zorg. Voor primaire en secundaire leefstijlpreventie is dit nadelig; tertiaire leefstijlpreventie komt wel aan bod. De bekostiging bevat aanknopingspunten voor een gerichte geldstroom voor achterstandswijken, c.q. personen met een lage SES.

Geneesmiddelen

De ZVW verzekert eveneens farmaceutische hulp, maar hier geldt een gesloten systeem (positieve lijst). Geneesmiddelen worden op grote schaal gebruikt voor ziektepreventie (deels primaire preventie) (€ 0,9 miljard voor cholesterol- en bloeddrukverlagers (incl. cholesterol screening).[89]

[87] In zijn laatste pakketadvies spreekt het College voor zorgverzekeringen CVZ over zorg die tot de stand van de wetenschap behoort.

[88] TNO 2005

[89] Bekker-Grob 2006

Deze geneesmiddelen zijn als zodanig geregistreerd, wat wil zeggen dat ze *bewezen werkzaam, veilig en van goede kwaliteit* zijn (registratie-eis). Ook worden ze publiek gefinancierd, wat wil zeggen dat ook is afgewogen dat het *relatief effectieve en doelmatige interventies* zijn. Bij de overwegingen voor registratie en voor pakketopname worden goed uitgewerkte sets toetsingscriteria strikt toegepast. Eén criterium voor publieke financiering (bijvoorbeeld via de ZVW) is of het middel voor eigen rekening en verantwoordelijkheid kan komen. In deze discussie zou een argument kunnen zijn in welke mate eigen gedragskeuzes en medicatie reële substituten zijn.
Het College voor Zorgverzekeringen CVZ (de "pakketautoriteit" voor ZVW en AWBZ) bereidt momenteel een advies voor over preventie in het verzekerde pakket, waarbij onder meer naar geneesmiddelen wordt gekeken.

C) Maatschappelijk Zorg

Maatschappelijke ondersteuning
Het doel van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is dat mensen die ondersteuning nodig hebben kunnen meedoen aan de maatschappij. De Wet op de maatschappelijke ondersteuning onderscheidt een aantal prestatievelden voor gemeenten, die vooral gericht zijn op de deelname van groepen mensen aan het maatschappelijk verkeer (mensen met beperking, veelal ouderen; mensen met een psychisch probleem), op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien, opvoedingsondersteuning voor ouders, maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid.

Het gaat om een brede taak gericht op de gehele gemeentelijke populatie die goed lijkt te kunnen worden geïntegreerd met gemeentelijk gezondheidsbeleid. Een neveneffect van maatschappelijke ondersteuning kan zijn dat wordt voorkomen dat mensen zwaardere vormen van hulp nodig hebben. Participatie en gezondheid hebben een wederkerige relatie, bijvoorbeeld doordat participatie sociaal isolement en daar mogelijk uit voortvloeiende depressiviteit voorkomt. In combinatie met de Wcpv en de WWB (Wet werk en bijstand) hebben de lokale overheden een sterk instrumentarium waarmee over een breed front kan worden gewerkt aan de context voor gezond gedrag.

Op dit moment wordt gewerkt aan het opzetten van centra voor jeugd en gezin. Deze centra zullen consultatiebureautaken, jeugdpreventietaken, jeugdgezondheidstaken en opvoedingsondersteuningstaken uitvoeren. Op het moment van opstellen van dit rapport wordt nog gewerkt aan de precieze invulling van deze centra.

D) Sport
Het sportbeleid is gericht op het bevorderen van sport en daarmee op het bevorderen van meer bewegen. Het huidige beleid heeft drie hoofdlijnen: bewegen (€ 9,7 miljoen), meedoen (€ 65 miljoen) en presteren (€ 23,7 miljoen). De activiteiten van de directie sport betreffen in grote lijnen informatie, overleg en financiële stimulering. Er is geen specifieke sportwetgeving.

Het meest direct op gezondheid gerichte beleid is vervat in het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB). Het plan is onderbouwd door het RIVM/TNO-rapport *Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht* (2005). Het NASB is een mix van voorlichting en concrete interventies; meestal een aanbod van sport en bewegen. In beginsel zijn alle vormen van bewegen

aan de orde. De nadruk ligt op de setting wijk. Daarnaast op de settings sport, school, zorg en werk.

De hoofdlijn ‘meedoen’ heeft drie belangrijke dossiers: “Alliantie School en Sport”, “Meedoen allochtone jeugd en sport” en “Modernisering sportaanbod”. De beleidsinzet via de Alliantie School en Sport heeft als belangrijk richtpunt dat in 2010 er een dagelijks sport- en beweegaanbod is voor 90% van de scholieren in primair en voortgezet onderwijs (en in het beroepsonderwijs). `Meedoen’ kan als neveneffect gezond gedrag bevorderen.

De hoofdlijn ‘presteren’ heeft geen resultaatsverwachting in termen van meer bewegen of meer gezondheid. Door voorbeeldwerking op sportgedrag, inzet van topsporters als ‘ambassadeurs’ voor gezondheid en andere maatschappelijk terreinen zijn indirecte effecten te verwachten op sport- en beweeggedrag en andere leefstijlaspecten. Die effecten zijn echter nauwelijks te kwantificeren.

Tot slot draagt het sportbeleid bij aan het bevorderen van gezond gedrag in en rond sportkantines. De lijn daarbij is het stimuleren tot zelfregulering en het geven van ondersteuning van de (vrijwilligers in) sportverenigingen om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. Recent werd geïnvesteerd in het ontwikkelen van het keurmerk Gezonde Sportvereniging. Vervolgbeleid op het zeer recente SCP-rapport *Een gele kaart voor de sport* wordt voorbereid.

Conclusie

- VWS is het eerstverantwoordelijke ministerie voor de bevordering van gezond gedrag;
- Binnen de volksgezondheid krijgt het bevorderen van gezond gedrag uitgebreid aandacht;
- De aandacht binnen de gezondheidzorg voor gezond gedrag is beperkt, maar groeiende:
  - Het ministerie is bezig met te onderzoeken hoe het bevorderen van gezond gedrag, als deelgebied van preventie, een plaats in de Zorgverzekeringswet kan krijgen;
  - Er is groeiende aandacht voor de rol van de eerste lijn bij preventie;
- Het sportbeleid heeft het bevorderen van beweging tot een van de hoofddoelen.

Tabel 9: inspanningen VWS

	roken	Alcohol	voeding	Bewegen
Voorlichting/ informatie	Leefstijlcampagne via ZONMw. De Gezonde School en Genotmiddelen. Voorlichtingsactiviteiten STIVORO	Leefstijlcampagne via ZONMw, De Gezonde School en Genotmiddelen Project Alcohol en Opvoeding, Voorlichting barvrijwilligers kantines (sociale hygiëne)	Leefstijlcampagne via ZONMw, Activiteiten van Stichting Voedingscentrum Nederland Actieplan Sport en Bewegen: NASB Alliantie School en Sport Meedoen allochtone jeugd en sport, topsport (voorbeeldfunctie), Modernisering sportaanbod	Leefstijlcampagne via ZONMw, Beleid sportkantines.
Behandeling	Diverse programma's			
Samenwerking met gemeenten	Samenwerking op basis van wcpv: equippering GGD'en; preventiecyclus ; handleiding tabakspreventie			
Samenwerking met andere partijen (KWF, Hartstichting, Astmafonds)	Partnership "Stop met roken"	Project Vroegsignalering Alcohol	Convenant Overgewicht	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
Financiële prikkels bekostiging	Reguliere bekostiging eerste lijn, met extra geldstromen voor achterstandswijken c.q. lage SES			
Financiële prikkels overig	Sancties VWA , Keurmerk *Gezonde Sportvereniging*	Sancties VWA , Keurmerk *Gezonde Sportvereniging*	NASB, Alliantie School en Sport, Meedoen allochtone jeugd en sport, odernisering sportaanbod	Keurmerk *Gezonde Sportvereniging*
Ge- en verboden	Tabakswet, Toezicht VWA	Drank- en Horecawet, Toezicht VWA	Warenwet	-

4.2 Financiën

Alcohol / Roken
Op alcoholhoudende dranken en tabak worden accijnzen geheven. Hierbij worden accijnzen primair geheven vanuit een budgettair oogpunt om daarmee rijksuitgaven deels te kunnen financieren. Een neveneffect van deze accijnzen is dat de prijzen van deze producten omhoog gaan en daarmee het gebruik van deze schadelijke producten wordt ontmoedigd. Afhankelijk van de mogelijkheid van producenten om kostprijsverhogende belastingen door te berekenen, worden de prijzen van alcohol en tabak hoger. Een accijnsverhoging heeft daarmee ook een inkomenseffect. Het effect is per individu verschillend: een accijnsverhoging zal meer effect hebben bij minder draagkrachtigen zoals jongeren en lage SES dan bij hogere inkomens; een accijnsverhoging zal op korte termijn minder effect hebben bij verslaafden, maar kan dit wel op de langere termijn hebben doordat vermindering van gebruik op termijn ook het aantal verslaafden zal verminderen. Ook kan het gebruik van producten die jongeren relatief veel gebruiken - zoals bier - gericht worden aangepakt.

De totale inkomsten zijn € 2.062 miljoen aan tabaksaccijnzen en € 887 miljoen aan accijnzen op alcoholhoudende dranken (2006). De accijnsdruk op een pakje sigaretten van 20 stuks à € 4,00 bedraagt € 2,28. De accijns op een pakje shag van 50 gram à € 5,00 bedraagt € 2,25. De accijns op een flesje pils van 0,3 liter bedraagt ongeveer € 0,08 (of circa € 1,90 op een kratje pils). De accijns op een fles gedistilleerde drank (35% abv) is € 5,26 en de accijns op een fles van 0,75 liter niet-mousserende wijn bedraagt € 0,44. Naast de accijns wordt er eveneens 19% BTW in rekening gebracht. Het effect van een accijnsverhoging op de afzet van alcohol neemt af naarmate het niveau van de accijns hoger is. Dit komt door weglek naar het buitenland (waarbij het kostprijsniveau van de ons omringende landen een relevante factor is) en door weglek naar het illegale circuit.[90] Op dit moment lopen de prijzen en de accijnzen van tabak (sigaretten en shag) redelijk in de pas met de buurlanden. Een vergelijking van de prijzen van alcoholhoudende dranken tussen de buurlanden is nauwelijks te maken. Dit komt door de grote verscheidenheid aan producten en aanbieders en verschillen in de wijze van distribueren. Overigens zijn de verkoopprijzen van bier in de Nederlandse supermarkten op dit moment laag vanwege een sterke concurrentie in de supermarkt. De accijnstarieven op alcoholhoudende dranken liggen in Nederland beduidend hoger dan in de buurlanden.
Een beperkt prijsverschil is bovendien mogelijk zonder dat dit tot een te groot weglekeffect leidt. In het Coalitieakkoord is een verhoging van accijnzen op alcohol en tabak ca. € 200 miljoen ingeboekt. Daarnaast krijgt het bedrijfsleven te maken met een verpakkingsbelasting van in totaal € 250 miljoen. Deze belasting zal voor een deel neerslaan bij alcoholhoudende dranken en tabak en daarmee ook tot een prijsverhogend effect leiden.

Overgewicht
Via een fiscale regeling wordt bevorderd dat werknemers meer bewegen. Dit gebeurt door onder voorwaarden de werkgeversvergoeding aan werknemers voor bedrijfsfitness en de aanschaf van een fiets voor woon-werkverkeer onbelast te stellen. De totale belastingderving wordt geraamd op € 34 miljoen bij de fietsregeling (110.000 fietsen per jaar) en € 50 miljoen bij de bedrijfsfitness (ca. 500.000 personen per jaar). De effectiviteit van de regelingen is onbekend. In het gebruik van de regelingen zit vermoedelijk een

[90] Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 306, nr. 75

deel deadweight loss. Een deel van de deelnemers zou ook zonder de regeling al met de fiets naar het werk gaan of gaan fitnessen. Toch zullen gezien de werking van de financiële prikkels – fietsen en fitnessen wordt aanzienlijk goedkoper – er meer werknemers bewegen en ook meer bewegen. Bij fitness geldt bovendien dat, doordat het onder werktijd of aansluitend op de werktijd plaats vindt, het een laagdrempelige voorziening is. Werkgevers profiteren hierbij van gezondere werknemers en daarmee van minder productiviteitsverlies.

Er wordt tevens een verbruiksbelasting op alle alcoholvrije dranken geheven. Onder alcoholvrije dranken wordt verstaan: vruchten- en groentensap, mineraalwater en limonade. De tarieven bedragen voor vruchten- en groentensap en mineraalwater € 4,13 per hectoliter en voor limonade € 5,50 per hectoliter. Opbrengsten over het jaar 2006 worden geraamd op:
- € 116 miljoen voor de verbruiksbelasting op limonade;
- €36 miljoen voor de verbruiksbelasting op vruchten- en groentensap en mineraalwater.

Conclusie

- Accijnzen zijn primair gericht op het genereren van belastinginkomsten, maar hebben tevens effect op gezond gedrag.
- Het is niet duidelijk hoe effectief fiscale maatregelen ter bevordering van bewegen zijn.

Tabel 10: inspanningen Financiën

	Roken	**Alcohol**	**Bewegen**	**Voeding**
Informatie	-	-	-	-
Financiële prikkels	Accijns, BTW	Accijns, BTW	Fiscale regelingen voor fietsen en bedrijfsfitness	BTW, verbruiksbelasting
Ge- en verboden	-	-	-	-

4.3 WWI (Grotestedenbeleid)[91]

Overgewicht
Één van de aandachtsvelden van het grotestedenbeleid 2005-2009 (GSB III) is het inlopen van gezondheidsachterstanden. Voor dit aandachtsveld is afgesproken dat rijk en steden zich ten doel stellen om de gezondheidsachterstanden in de stad terug te dringen.

De steden en het rijk zijn via een convenant overeengekomen dat het percentage jongeren (0 – 19) met overgewicht landelijk gemiddeld gelijk blijft gedurende de convenantperiode. Deze indicator is gekozen omdat overgewicht sterk toeneemt, vooral bij achterstandsgroepen. De steden vullen deze rijksdoelstelling in door, met behulp van de jeugdzorg (JGZ), overgewicht bij de jeugd op te sporen en zoveel als mogelijk interventies voor preventie in te inzetten. In 2007 en 2009 zal worden gemeten hoeveel 0- tot 19-jarigen met overgewicht zijn opgespoord en voor wie interventies zijn ingezet. Uit een inventarisatie van de inspanningen van gemeenten[92] blijkt dat verschillende gemeenten verschillende ambitieniveaus hebben.

Inherent aan een integrale aanpak is optimale afstemming van verschillende beleidsdoelen, waardoor meer winst geboekt kan worden met dezelfde instrumenten. Er zijn schaalvoordelen te bereiken met integraal beleid. Goede samenwerking is noodzakelijk om dit te bereiken. Vooral de grote steden hebben elkaar gevonden in samenwerking. Voor de aanpak van overgewicht hebben zij een gezamenlijk overzicht gemaakt van, naar hun oordeel, effectieve maatregelen. Er zijn al voorbeelden van steden die een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden nastreven.[93]

Voor vier effectieve aangrijpingspunten is door een aantal steden een plan gemaakt om de sociaal-economische gezondheidsverschillen in brede zin aan te pakken. De aangrijpingspunten zijn gebaseerd op de aanbevelingen van de programmacommissie sociaal-economische gezondheidsverschillen van maart 2001. Deze commissie heeft bekeken hoe zo effectief mogelijk gezondheidsachterstanden kunnen worden verkleind.

1. Het voorkomen dat verschillen in opleiding, inkomen en sociaal-economische factoren groter worden, of liever nog deze verschillen verkleinen. Er zullen dan minder mensen door gebrek aan opleiding, beroep of inkomen ongezond worden.
2. Voorkomen dat een lage sociaal-economische status leidt tot gezondheidsrisico's, zoals een ongezonde woon-, school- en werkomgeving en ongezond gedrag.
3. Het feit dat mensen met een lage sociaal-economische status vaker ongezond zijn, moet ertoe leiden dat de zorgvoorzieningen voor hen goed en toegankelijk zijn.
4. Selectie op gezondheid moet voorkomen worden door de toegang tot werk en andere maatschappelijke participatie voor mensen met gezondheidsklachten te verbeteren.

Vertegenwoordigers van de steden en kenniscentra hebben deze aangrijpingspunten geconcretiseerd in vier aanpakken:

ad 1. Voorkomen dat ongezondheid bij de jeugd leidt tot minder participatie en prestatie. Daarbij vervult de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0 – 19-jarigen de sleutelrol.
ad 2. Terugdringen van gezondheidsrisico's in achterstandswijken. Stedelijke wijken moeten geen 'fabrieken van ongezondheid' worden.

[91] GSBIII 2004; GSBIII 2006

[92] Prestatielijsten G31 in het kader van GSB III

[93] Zie bijvoorbeeld: Gemeente Rotterdam 2006

ad 3. Versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg in de achterstandswijken door de rollen van de verschillende partijen te verhelderen en de financieringsstructuur te verbeteren.

ad 4. Verbeteren van de aandacht voor gezondheidsproblemen (de factor 'G') bij re-integratie, door GGD'en, welzijnsinstellingen en sociale diensten te laten samenwerken aan re-integratietrajecten en goede afspraken te maken met re-integratiebureaus.

Per aanpak fungeerde steeds een grote stad als trekker. Daarbij inventariseerde een subwerkgroep met subsidie van VWS welke mogelijkheden er zijn om de aanpak te concretiseren. Uit de inventarisatie is niet duidelijk geworden in hoeverre hier sprake is van nieuw beleid, dan wel bestaand beleid dat onder andere titel wordt gevoerd.

Conclusie

- Gezondheid is een expliciet aandachtsveld van het grote stedenbeleid.
- Het GSB III heeft als een van zijn doelen om obesitas onder 0-19 jarigen tegen te gaan.
- De praktijk zal moeten uitwijzen of de integrale aanpak van gezondheidsproblematiek leidt tot meer samenwerking en synergie.

Tabel 11: inspanningen GSB

	Roken	**Alcohol**	**Bewegen**	**Voeding**
Informatie	-	-	-	-
Financiële prikkels	-	-	opsporen en aanpakken overgewicht jeugd	opsporen en aanpakken overgewicht jeugd
Ge- en verboden	-	-	NVT	-

4.4 LNV

Het beleid van het ministerie van LNV is mede gericht op voeding en beweging. [94]
LNV is binnen de rijksoverheid primair verantwoordelijkheid voor het beleid ten aanzien van

- de productie van voedingsmiddelen en dranken (boeren/tuinders/vissers), verwerkers en (deels) groothandel);
- het behoud, herstel, ontwikkeling en duurzaam gebruik van natuur en landschap, inclusief recreatie;
- instandhouding kennisbasis wetenschappelijk en toegepast onderzoek, alsmede onderwijs (vmbo t/m universitair) op gebied van voedsel (agrofoodsector) en groene ruimte (natuur en landschap).

Daarnaast heeft LNV samen met VWS de beleidsverantwoordelijkheid voor het toezicht op de veiligheid van voedsel. In preventietermen worden deze activiteiten gerekend tot het domein van de gezondheidsbescherming en de ziektepreventie, niet tot bevordering van gezond gedrag.

A) Voeding

Informatievoorziening
LNV financiert een aantal informatieactiviteiten die betrekking hebben op gezond gedrag:

- LNV subsidieert Voedingscentrum Nederland (€ 3,6 miljoen basis- en projectsubsidie). Het voedingscentrum informeert burgers (o.a. via Internet) over gezonde voeding en voedselveiligheid;
- Speciaal voor jongeren is er het project “Smaaklessen”. Doel hiervan is jongeren te interesseren voor voedsel, waarbij gezondheid één van de onderwerpen is die behandeld worden. De uitgaven van het programma bedragen € 0,6 miljoen. Thans ontwikkelen LNV en VWS een gezamenlijke programmalijn Smaaklessen-Schoolgruiten richting basisscholen.

Onderzoek, onderwijs en innovatie
In het “groene” onderzoek, het “groene” onderwijs en de innovatiestimulering neemt de bevordering van gezond gedrag in belang toe:

- Onderzoek: het Wageningen Universiteits en Research Centrum (WUR) heeft specifieke vakgroepen en secties die direct of indirect gericht zijn op bevordering gezond gedrag. Daarbij komt dat het thema Voeding, Gezondheid en Gedrag een van de speerpunten is in het strategisch plan 2007-1010 van de WUR. In april jl. hebben WUR, ZonMw, RIVM en TNO in opdracht van VWS en LNV een programmeringsstudie Voeding en Gezondheid uitgebracht over noodzakelijk toekomstig onderzoek;
- Via het programma Food & Nutrition Delta vindt strategische kennisontwikkeling plaats (via het Topinstituut), alsmede wordt de innovatieontwikkeling bij bedrijven gestimuleerd d.m.v. een subsidieregeling , i.s.m. EZ (via SenterNovem). Dit betreft onder meer de thema’s Voeding en Gezondheid en Consumentengedrag;
- Onderwijs: Wageningen UR, en enkele Hogere Agrarische scholen verzorgen opleidingen op het gebied van Voeding en Gezondheid;
- Innovatienetwerk: deze organisatie ontwikkelt grensverleggende vernieuwingen en concepten in de agrosector en de groene ruimte. Binnen het thema Gezonde

[94] Rijksbegroting hoofdstuk XIV

Samenleving betreft het ondermeer de ontwikkeling van nieuwe aanbodconcepten van voedsel en/of de inrichting van de groene ruimte en wijken, gericht op gezond gedrag van consumenten, inclusief jeugd;
- Organisatie internationaal symposium in samenwerking met OESO over Future of Food Economy (najaar 2007); 1 van de thema's is voeding en gezondheid.

Financiële prikkels
Om gezond voedsel op scholen in het voortgezet onderwijs te stimuleren financiert LNV samen met VWS, OCW en VROM de "Prijs gezonde schoolkantine". De kosten hiervan bedragen € 60.000 op jaarbasis (elk departement € 15.000).

B) Beweging
Het natuur- en landschapsbeleid dat door LNV wordt ontwikkeld en uitgevoerd of dat LNV laat uitvoeren, schept de mogelijkheid voor meer recreatie en bewegen in de natuur. Het gaat hier om het scheppen van voorwaarden, namelijk een aantrekkelijke en uitnodigende omgeving om in te bewegen. Evaluaties van programma's voor bewegingsstimulering wijzen bijvoorbeeld uit dat een aantrekkelijke, groene omgeving dicht bij huis en de werkplek het meest aanzet tot wandelen en fietsen. Mensen blijken het bewegen in een natuurlijke omgeving ook hoger te waarderen en houden het daardoor mogelijk ook langer vol (rapport Natuur en Gezondheid, Gezondheidsraad en RMNO, 2004). Vanuit het natuurbeleid kan hiermee indirect een bijdrage worden geleverd aan de bestrijding van overgewicht. Bovendien heeft natuur een positief effect op de fysieke, sociale of emotionele gezondheid van mensen.

Onderzoek
- LNV en VROM geven jaarlijks € 5 miljoen uit aan natuur- en milieueducatie en gezondheidsvoorlichting voor de jeugd; gemeenten en provincies vullen dit bedrag aan met € 40 miljoen;
- Er wordt in 2007 onderzoek verricht naar het verband tussen voorkomen van groen in leefomgeving en overgewicht bij kinderen;
- In november 2005 heeft LNV mede namens VROM en VWS de Raad voor Ruimtelijk Milieu en Natuur Onderzoek (RMNO) opdracht gegeven voor het tweede adviestraject Natuur en Gezondheid. Het tweede adviestraject Natuur en Gezondheid levert een viertal producten op: 1. handreiking met kansen en belemmeringen voor lokale bestuurders, 2. database met praktijkvoorbeelden op het gebied van natuur en gezondheid, 3. visie op het gebied van natuur en gezondheid, 4. kennisagenda (fundamenteel en toepassingsgericht, inclusief suggesties voor aanpassing van kennisinfrastructuur). Naar verwachting wordt de opdracht van de RMNO in juni 2007 afgerond;
- Innovatienetwerk, thema Gezonde Samenleving: dit bevat vooral ontwikkeling van nieuwe aanbodconcepten gericht op gezond gedrag van consumenten, incl. jeugd. Bijvoorbeeld het concept De Gezonde Wijk, dat tot doel heeft te komen tot nieuwe combinaties tussen agro, groen en andere domeinen die inwerken op de gezondheidsbeleving in het alledaagse leven van mensen in de wijk.

Onderwijs
LNV geeft jaarlijks € 45 miljoen uit aan natuur- en milieueducatie en gezondheidsvoorlichting voor de jeugd. Voornaamste doelen zijn het ontwikkelen van milieubewustzijn en waardering van natuur. Dit tweede doel kan bijdragen aan toename van beweging door jongeren.

Informatie
Via Staatsbosbeheer alliantie Nederland Actief wordt de ruimte voor bewegen geagendeerd, gestimuleerd en gefaciliteerd.

Financiële prikkels
LNV financiert een aantal activiteiten:

- Vergroten toegankelijkheid platteland ten behoeve van recreatief medegebruik: a) (doen) realiseren en instandhouden van landelijke, aaneengesloten routenetwerken voor wandelen, fietsen en varen, en realiseren van 1000 km extra wandelpaden op boerenland (2007-2013 € 37,4 miljoen) b) versterking toeristisch recreatieve functie van 20 Nationale Parken mede ter bevordering van lichaamsbeweging (wandelen, fietsen), sociale contacten en psychisch welbevinden (ontspanning) (2007-2013 totale budget € 45 miljoen) c) medefinanciering in het kader van Nationale Landschappen waarvoor versterken van de toeristisch recreatieve functie één van de doelstellingen is (budget: deel van € 25 miljoen);
- De speelbossen van Staatsbosbeheer dienen voor draagvlak onder de jeugd en het bevorderen van de natuurbeleving onder jongeren (€ 0,04 miljoen);
- Verbetering van de leefbaarheid van grote steden en het creëren van ruimtelijke samenhang tussen groen in en buiten de stad (Groen in en om de stad (GIOS)): hierdoor komt er ook meer ruimte voor recreatief gebruik, inclusief beweging, sociale contacten en psychisch welbevinden (€ 55 miljoen);
- Realisatie, inrichting en beheer van de ecologische hoofdstructuur (€ 320 miljoen);
- Financiële bijdrage aan het project “Ga voor gezond”, een activiteit van het NIGZ waarbij leerlingen, docenten en ouders in de vorm van competitie tussen scholen worden gewezen op een gezonde leefstijl.

Conclusie
Op het gebied van bewegen werkt LNV vooral voorwaardenscheppend.
Op gebied van voedsel zijn activiteiten van LNV ondersteunend/complementair aan activiteiten van VWS. Op beide gebieden is sprake van toenemende samenwerking en afstemming met andere departementen

Tabel 12: inspanningen LNV

	Roken	Alcohol	Bewegen	Voeding
Onderzoek/Onderwijs			WUR, natuur- en milieueducatie	WUR, HASsen
Innovatiestimulering			Innovatienetwerk	Innovatienetwerk, Food Nutrition Delta
Informatie	-	-	Gezondheidsvoorlichting voor de jeugd, Staatsbosbeheer alliantie Nederland Actief	Voedingscentrum Nederland, smaaklessen
Financiële prikkels	-	-	Speelbossen, toegankelijkheid landelijke gebieden, nationale parken, Ecologische Hoofdstructuur, Groen in en om de stad, Ga voor Gezond	Prijs gezonde schoolkantine
Ge- en verboden	-	-	-	-
Internationaal				Agendering, Gemeenschappelijk Landbouwbeleid

4.5 OCW

Overgewicht

- primair onderwijs
De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap heeft het primair onderwijs kerndoelen voorgeschreven. Dit betreft op het terrein van beweging onder meer:

- het leren zorg dragen voor de lichamelijke en psychische gezondheid van henzelf en anderen.
- het op een verantwoorde manier leren deelnemen aan de omringende bewegingscultuur en het leren van de hoofdbeginselen van de belangrijkste bewegings- en spelvormen ervaren en uitvoeren.
- het op een respectvolle manier samen met anderen leren deelnemen aan bewegingsactiviteiten, afspraken maken over het reguleren daarvan, de eigen bewegingsmogelijkheden inschatten en daarmee bij activiteiten rekening houden.

De kerndoelen zijn streefdoelen waarop basisscholen zich moeten richten. Hoe leerlingen het niveau van de kerndoelen behalen, bepaalt de school zelf. De kerndoelen behelzen een inspanningsverplichting van scholen. Het Ministerie schrijft voor dat bij nieuwbouw van een basisschool moet worden uitgegaan van 3 klokuren gymnastiek per groep (groepen 3 t/m 8 van het basisonderwijs). In het basisonderwijs wordt gemiddeld ongeveer 2 lesuren per week gymnastiek gegeven. Scholen kunnen op diverse wijze ook nog verder actief zijn met het bevorderen van beweging (bijvoorbeeld sportweken, meedoen aan gemeentelijke sportacties, samenwerken met sportclubs, projecten als 'club-extra' voor 'beweegarme leerlingen', sportaanbod in brede schoolverband en kinderopvang). Het is vooral aan scholen zelf om invulling te geven aan de wijze waarop zij gymnastiek willen geven. Dit geldt ook voor het VO, waar is voorgeschreven dat lichamelijke opvoeding in elk leerjaar, verspreid over het leerjaar moet worden gegeven. In de praktijk wordt twee maal per week bewegingsonderwijs gegeven.

De Minister van OCW heeft in 2005, mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met NOC*NSF de alliantie ‘School en Sport samen sterker’ afgesloten gericht op het het stimuleren van bewegen en sport op scholen (PO, VO en BVE). Concrete OCW-doelstellingen hierbij zijn een toename van het aantal scholen dat hun leerlingen de beweegnorm wil laten halen en een toename van het aantal scholen dat sport en bewegen gebruikt als instrument om onderwijsdoelen te bereiken. Streefdoel is dat in 2010 op 90% van de scholen voor alle kinderen gelegenheid is om een uur per dag te kunnen bewegen of sporten (zie ook subparagraaf VWS).

Gezonde voeding en gezonde leefstijl is een onderdeel van het leren zorg te dragen voor de lichamelijke en psychische gezondheid. In dit kader van een gezond eetpatroon is in de landelijke campagne “schoolgruiten” geweest om het eten van groente en fruit onder kinderen te stimuleren.

- secundair onderwijs
In de wet op het voortgezet onderwijs is de bepaling opgenomen dat lichamelijke opvoeding in elk leerjaar van het voortgezet onderwijs gedurende het hele leerjaar plaatsvind. Hoeveel uren aan lichamelijke opvoeding worden besteed, is een beslissing van de scholen. ‘School en Sport samen sterker’ richt zich ook op het secundair onderwijs.

Er zijn geen centrale richtlijnen voor snoep / aanbod van etenswaren. Scholen zijn daar zelf voor verantwoordelijk.[95] Wel is er de stimuleringsprijs gezonde schoolkantine.

Alcohol

De Minister van OCW heeft op 20 april jl. een brief naar de TK gezonden, waarin hij aankondigt nog dit jaar te komen met een Multimedia- en reclamewet. Hierin wordt het in het Coalitieakkoord opgenomen verbod op alcoholreclame op televisie en radio vóór 21.00 uur vastgelegd. De wet bevat voor de mediawereld ook versoepeling van regels. De wet zal zenders toestaan om films langer te onderbreken voor reclame. Daarmee moet het concurrentienadeel van Nederlandse omroepen ten opzichte van zenders als RTL, dat in Luxemburg is gevestigd, worden tegengegaan.

Conclusie

- Binnen het basisonderwijs en het voorgezet onderwijs zijn een aantal kerndoelen die gezond gedrag bevorderen. Scholen hebben een grote vrijheid in het invullen van deze kerndoelen;
- Lichamelijke opvoeding is een verplicht deel van het curriculum in het primair en voortgezet onderwijs.

Tabel 13: inspanningen OCW

	Roken	**Alcohol**	**Bewegen**	**Voeding**
Informatie	-	-	Kerndoelen primair en voortgezet onderwijs	Kerndoelen primair onderwijs
Financiële prikkels	-	-	-	-
Ge- en verboden	-	Multimedia- en reclamewet	Lichamelijk opvoeding voortgezet onderwijs	-

[95] Uit een onderzoek van de VWA onder 60 middelbare scholen blijkt dat in alle deze scholen levensmiddelen worden aangeboden. In meerderheid zou de kwaliteit van het aanbod verhoogd kunnen worden; tevens blijken bijna alle scholen supermarkten en cafetaria's in de omgeving te hebben (VWA: Het aanbod van levensmiddelen op middelbare scholen; 2007).

4.6 SZW

Het beleidsterrein van SZW en de daarbij behorende regelgeving is niet primair gericht op bevordering van gezond gedrag of gezonde leefstijl van de bevolking. Zoals eerder is geconcludeerd is VWS het eerstverantwoordelijke ministerie voor de bevordering van gezond gedrag. Het Ministerie van SZW staat voor het stimuleren van de werkgelegenheid, moderne arbeidsrelaties en een activerende sociale zekerheid.
De taken die uit deze missie voorvloeien zijn onder andere:

- De bevordering van de werkgelegenheid en het goed functioneren van de arbeidsmarkt;
- Zorg dragen voor een evenwichtige inkomensverdeling;
- Bevorderen van goede arbeidsverhoudingen;
- Bevorderen van goede arbeidsomstandigheden. Dit arbobeleid is, naast veiligheid en gezondheid op het werk, mede gericht op preventie van verzuim en arbeidsongeschiktheid, en op vroegtijdige re-integratie.

Kortom: Het is duidelijk dat in het beleidsveld van SZW de factor arbeid dominant is. Echter, waar de factor arbeid dominant is, speelt ook de gezondheid van het arbeidspotentieel een rol. Het bevorderen van een gezonde leefstijl bij werknemers en het creëren van een gezonde werkomgeving zal bijdragen aan een afnemend ziekteverzuim, minder WAO-instroom en minder vervroegde uittreding uit het arbeidsproces.

Hoewel de SZW-regelgeving niet primair is gericht op gedragsbeïnvloeding op het gebied van gezondheidsbevordering, kan een aantal wetten en beleidsinspanningen een gezondheidsbevorderende werking als neveneffect hebben. Kenmerk van deze wetgeving is dat werkgevers en werknemers primair verantwoordelijk zijn voor de uitvoering. In de eerste twee ziektejaren zijn zij samen verantwoordelijk voor preventie, verzuim en re-integratie.Te noemen zijn:

1. De Wet Verbetering Poortwachter (Wvp)
De Wvp is op 1 april 2002 in werking getreden. Doel van de Wvp is om een actieve, doelgerichte aanpak van verzuimbegeleiding, re-integratie en werkhervatting te bevorderen en langdurig verzuim in de eerste twee ziektejaren te voorkomen, en daarmee de instroom in de arbeidsongeschiktheidsregeling te beperken. De primaire verantwoordelijkheid voor verzuimbegeleiding, re-integratie en werkhervatting ligt in de eerste twee ziektejaren bij werkgevers en werknemers. De verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer voor re-integratie is niet vrijblijvend. De wet bevat een aantal re-integratieverplichtingen voor werkgever en werknemer en een aantal instrumenten om elkaar op nakoming van deze verplichtingen aan te spreken. Voorts wordt deze aanpak ondersteund door een aantal prikkels, zoals de plicht van de werkgever om bij ziekte het loon door te betalen en diens bevoegdheid tot sanctioneren als de werknemer weigert aan de re-integratie mee te werken.

Uit het evaluatieonderzoek van de Wvp (2006) komt naar voren dat de Wvp ruimschoots aan zijn doel beantwoordt en effectief is gebleken. De Wvp heeft een krachtige impuls gegeven aan de tijdige aanpak van verzuim en re-integratie door arbeidsorganisaties en daarmee aan de daadwerkelijke beperking van het ziekteverzuim en instroom in de arbeidsongeschiktheidsregeling. De substantiële daling van het ziekteverzuim en de instroom in de arbeidsongeschiktheidsregeling illustreren dit.

Ook na invoering van de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA), die per 29 december 2005 in werking is getreden, blijft de aanpak volgens de Wvp in de eerste twee ziektejaren van groot belang. De Wvp staat immers voor de re-integratie inspanningen

die werkgever en werknemer gedurende de ziekteperiode verrichten, met een toetsing achteraf door het UWV, en gaat dus aan de claimbeoordeling voor de WIA vooraf.

2. De Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (wet VLZ)
Met de inwerkingtreding van de wet VLZ is per 1 januari 2004 de verplichting voor de werkgever om het loon van zieke werknemers door te betalen, verlengd van één naar twee jaar. Deze wet is één van de maatregelen ter herziening van het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid en moet daarom worden bezien in samenhang met de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) en de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Deze maatregelen beogen het langdurige verzuim en de instroom in de WIA verder te beperken, alsmede de werkhervatting van gedeeltelijk arbeidsgeschikten te bevorderen. Hierbij ligt de verantwoordelijkheid in belangrijke mate bij werkgevers en werknemers om samen te komen tot een snelle werkhervatting. Uit de evaluatie van de VLZ blijkt dat de afspraken uit het najaarsakkoord 2004 over loondoorbetaling bij ziekte in de eerste twee ziektejaren (maximaal 170%) de financiële prikkel hebben versterkt.

Zowel bedrijven als deskundigen hebben bij de evaluatie van de Wet VLZ aangegeven, dat de Wet VLZ positief uitwerkt op de aanpak van verzuim en re-integratie. De daling van het verzuim en het dalende beroep op de WAO/WIA bevestigen het beeld dat via het plegen van voldoende re-integratie inspanningen wordt gekomen tot een snelle werkhervatting door de zieke werknemer.

Na 2 jaar ziekte vindt er een WIA-keuring plaats. Als blijkt dat de werkgever onvoldoende heeft gedaan om een werknemer te re-integreren kan de loondoorbetalingsverplichting worden verlengd. Als een werknemer onvoldoende heeft meegewerkt aan zijn re-integratie riskeert hij een korting op zijn WIA-uitkering.

3. SZW is voorts verantwoordelijk voor de Arbeidsomstandighedenwet en de Arbeidstijdenwet die primair op gezondheidsbescherming van de werknemer zijn gericht, maar binnen de context van verzuimbeheersing ook tot reflectie over gezond gedrag als onderdeel van preventie leiden. Investeringen in goede arbeidsomstandigheden en preventie van verzuim leiden immers tot minder verzuim en WAO-instroom. Vanuit SZW wordt gewerkt aan één informatieloket arbeidsomstandigheden, preventie, verzuim en re-integratie via het internet: Het Arboportaal. Dit informatieloket is bedoeld voor zowel werknemers als werkgevers. In dit Arboportaal wordt ook aandacht besteed aan aspecten van gezondheidsbevordering op de werkplek, zoals roken, alcohol, bewegen en voeding.

4. In bijna alle cao's zijn – om ziekteverzuim te voorkomen - maatregelen opgenomen over het thema preventie. In ruim 80% van de cao's zijn afspraken gemaakt over verzuimbegeleiding. Het gaat hierbij zowel om procedurele voorschriften als over controlevoorschriften. Het aantal cao's met afspraken over re-integratie blijkt in 2005 te zijn opgelopen tot bijna 90%.[96]

[96] Hoogtanders et al. 2006

Conclusie

- De Wet verbetering poortwachter en de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte geven werkgevers een financiële prikkel om aan het bevorderen van gezond gedrag te doen;
- Binnen het Arbeidsomstandighedenbeleid is er via voorlichting gericht aandacht voor gezondheidsbevordering op de werkplek.

Tabel 14: inspanningen SZW

	Roken	**Alcohol**	**Bewegen**	**Voeding**
Informatie	Arboportaal	Arboportaal	Arboportaal	Arboportaal
Financiële prikkels	WVP, VLZ, WIA	WVP, VLZ, WIA	WVP, VLZ, WIA	WVP, VLZ, WIA
Ge- en verboden	-	-	-	-

4.7 VROM

Het ministerie van VROM is met al haar onderdelen betrokken bij belangrijke gezondheidsbevorderende maatregelen en daarmee direct of indirect bij de bevordering van gezond gedrag.[97] In haar taak inzake de Volkshuisvesting zijn in het verleden grote verbeteringen gerealiseerd op het gebied van de huisvesting en de verbetering van de hygiëne (rioleringen, voorzieningen niveau van een woning). De grootschalige stadsherstelopera ties en renovaties hebben geleid tot een gezondere woning. Het milieubeleid kan worden opgevat als een preventie beleid pur sang waarbij het uitgangspunt is overheidsinterventie om de onvrijwillige blootstelling aan stoffen in het milieu te normeren zowel voor het ecosysteem als voor de gezondheid van de mens. Het Ruimtelijk Ordeningsbeleid (RO-beleid) heeft een grote invloed op de fysieke leefomgeving. Niet alleen in relatie tot de ligging en blootstelling aan emissies en fysieke hinder door bedrijvigheid en verkeer maar ook door de inrichting en ontsluiting van wijken. Inzake het RO beleid is het belangrijk op te merken dat de daadwerkelijke gezondheidsbevorderende invulling en toepassing van bestemmingsplannen een gemeentelijke bevoegdheid is met een grote mate van beleidsvrijheid.

De fysieke leefomgeving komt tot uitdrukking binnen de prioriteiten "Mooi Nederland" en "Burgers in een gezonde en veilige leefomgeving" van de minister van VROM. Door de minister WWI wordt met het programma "Van probleemwijk naar prachtwijk" invulling gegeven aan de wijkaanpak.

Leefomgeving
In Milieu Effect Rapportages (MER) is gezondheid een apart toetsingsaspect. Het effect van ruimtelijke ordening op gezond gedrag is niét een verplicht aandachtsveld. Hierdoor hoeven gemeentes het effect van hun ruimtelijk beleid op gezond gedrag niet te toetsen of in hun overwegingen mee te nemen, maar in het kader van de plan-vereisten inzake een goede ruimtelijke ordening wordt dit aspect in toenemende mate meegenomen in het planproces. Hiertoe heeft het ministerie van VROM de instrumenten: "beoordelingskader milieu en gezondheid", Gezondsheidseffectscreening (GES) Stad en Milieu (in samenwerking met VWS) en de handreiking Milieukwaliteit in de Leefomgeving (MILO) ten behoeve van de lokale overheden ontwikkeld. De aanstaande wijziging in de grondexploitatiewet maakt het mogelijk dat gemeenten kostendragers aanwijzen voor het realiseren van specifieke voorzieningen en/of functies binnen ruimtelijk plannen.

Meer direct gericht op gezondheidsbevordering is het interdepartementale (VROM, LNV, VWS, OCW) beleidsthema Milieu en Gezondheid.

Actieprogramma gezondheid en milieu (2002-2006).
In dit programma is ingezet op een integrale benadering van de gezonde leefomgeving boven op de reguliere beleidsthema's via diverse sporen (gezond binnenmilieu in gebouwen, werken aan een gezonde lokale leefomgeving, goede risicocommunicatie en zorgen voor een snellere signalering en beoordeling van risico's en een verbeterde samenhang tussen de beleidssectoren die van belang zijn voor de gezondheid van de mens). Enkele voorbeelden van activiteiten zijn: de versterking van de infrastructuur, de medische milieukunde bij de GGD die een belangrijke rol spelen binnen de Wcpv en de ontwikkeling van instrumenten (o.a. beoordelingskader milieu en gezondheid, gezondheid in MER) ter bevordering van een integrale aanpak van milieu en gezondheid.

[97] Rijksbegroting hoofdstuk XI; VROM 2006a; VROM 2006b

Een apart onderdeel van het Actieprogramma vormde de ontwikkeling van het actieprogramma kind, gezondheid en milieu. Dit programma is gericht op het ontwikkelen van gezonde binnen en buitenruimtes voor kinderen.

In 2007 vindt voortzetting plaats van beleidsactiviteiten milieu en gezondheid (o.a. een informatie-atlas met informatie over de leefomgeving voor burgers en professionals, binnenmilieu).

VROM stimuleert samen met LNV en VWS met een aantal programma's groenvoorzieningen en voorzieningen voor sport en spel. Hiermee worden randvoorwaarden gestimuleerd voor gezond gedrag op het gebied van bewegen. Het betreft onder meer het Investeringsbudget Stedelijke Vernieuwing en de BOS-inpuls (Buurt- Onderwijs- en Sportorganisaties).

Specifiek op het terrein van overgewicht:

- Medewerking project Ga voor Gezond op scholen (via actieprogramma milieu en gezondheid) (OCW, LNV, VROM, VWS);
- Medewerking prijsvraag gezonde schoolkantines (via actieprogramma milieu en gezondheid) (OCW, LNV, VWS, VROM);
- Groenprojecten o.a. GIOS (met LNV) en natuur en gezondheid (samen met VWS en LNV);
- Speelruimte richtlijn via brief TK en GSB (handboek speelruimten).

Specifiek op het terrein van binnenmilieu (w.o. passief roken):

- Bij het bouwbeleid vormen de effecten op gezond gedrag een onderwerp dat in toenemende mate aandacht krijgt. Specifiek op het terrein van het accumuleren van ongewenste stoffen in gebouwen wordt beleid geformuleerd inzake de kwaliteit van woningen, scholen en crèches (binnenmilieu) (informatie en programma's t.b.v. gedragsverandering bijv. ventilatiegedrag en materiaalkeuze).

Conclusie

- VROM stimuleert voorzieningen voor bewegen;
- Gezond gedrag krijgt in toenemende mate hernieuwde aandacht bij ruimtelijke ordening en huisvesting: contextbeleid is in ontwikkeling.

Tabel 15: inspanningen VROM

	Roken	**Alcohol**	**Bewegen**	**Voeding**
Informatie	Actieprogramma Gezondheid en Milieu	-	-	-
Financiële prikkels	-	-	ISV, BOS-inpuls, prachtwijken	-
Ge- en verboden	-	-	-	-

4.8 Decentrale actoren

Deelvraag II van het IBO luidt: is de gezondheidsbevordering/gedragsbeïnvloeding goed georganiseerd? Hierbij was de opdracht om niet alleen naar het rijksbeleid te kijken (paragraaf 4.1 - 4.7), maar ook naar andere actoren. De rijksoverheid is immers slechts één van de actoren op het terrein van het bevorderen van gezond gedrag. Andere actoren op het gebied van roken, alcoholgebruik en obesitas zijn: zorgverleners, gemeenten, scholen, sportverenigingen, werkgevers, zorg- en verzuimverzekeraars, de levensmiddelen- en genotsmiddelenindustrie en de media. In deze paragraaf worden deze actoren langsgelopen en kort stilgestaan bij wat ze doen, wat hun belangen zijn en waar bekend, hoe effectief hun inspanningen zijn.

Gemeenten

De gemeenten hebben een belangrijke taak als het gaat om preventie. Deze taak voeren zij uit op basis van de Wcpv, maar in veel gemeenten is het preventiebeleid breder dan de kaders van de Wcpv. Zij leggen hiervoor verantwoording af aan de gemeenteraad. Preventie, waar onder het bevorderen van gezond gedrag, is belegd bij de GGD's. Deze diensten zijn zowel beleidsadviseurs als beleidsuitvoerders en bedienen elk een of meer gemeenten. Gemeenten besturen ook de openbare scholen, al dan niet op afstand en gaan hiermee over een van de belangrijkste kanalen om jongeren te bereiken.

De gemeenten hebben ook een belang om aan gedragsbeïnvloeding te doen vanuit hun taken uit de Wmo: preventie kan potentieel de aanspraken op de Wmo verkleinen doordat burgers gezonder en daardoor minder hulpbehoevend zijn. Dit zou tevens kunnen doorwerken in de uitgaven voor AWBZ en ZVW. Gemeenten hebben daar echter geen direct financieel belang bij.

Zorgverleners

- Een groot deel van preventie wordt uitgevoerd door zorgverleners. Het bevorderen van gezond gedrag geschiedt vooral in 'de nulde lijn' (GGD, consultatiebureaus) en de eerste lijn (huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten, eerstelijnspsychologen etc.). Het handelen van zorgaanbieders is in het algemeen primair gericht op mensen met klachten en/of ziekten. Eerstelijnszorgaanbieders (vooral de huisartsen) verkeren in de positie om werk van gezondheidsbevordering te maken, ook voordat er sprake is van klachten of ziekte. Dit gebeurt niet breed en systematisch doordat deze zorg geen onderdeel is van de wettelijk verzekerde zorg en omdat de reguliere bekostigingssystematiek daartoe geen incentives bevat. Een uitzondering hierop is de eerstelijnszorg door verloskundigen, die wel is gericht op preventie van ongezond gedrag (zoals roken tijdens de zwangerschap).

De inspanningen van de eerstelijnszorg hangen samen met hun bekostiging (bedragen 2006)[98]:

- Per ingeschrevene ontvangt de huisarts een tarief van ten minste € 52 per jaar; voor ingeschrevenen boven de 65, respectievelijk 75 jaar geldt een opslag (€ 6,80 respectievelijk € 9,60. Voor mensen uit achterstandswijken (postcodes) geldt een opslag van circa € 7.
- Per consult kan de huisarts € 9 declareren (€ 18 bij een consult langer dan 20 min.).

[98] Hier is als voorbeeld de huisartsenbekostiging uitgewerkt. Ook andere zorgverleners in de eerste lijn worden per zitting of consult betaald.

- Op grond van de bekostigingsmodule Modernisering en innovatie kan de huisarts kosten declareren in verband met:
  - stimuleren samenwerking eerste lijn (onder andere subsidiëring van gezondheidscentra voor geïntegreerde eerstelijns zorg)
  - programmatische aanpak chronisch zieken
  - subsitutie eerste/tweede lijn
  - kwaliteit huisartsenzorg

  De lijst met prestaties waarvoor in het kader van deze module kan worden gedeclareerd berust op een tussen VWS, Landelijk Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland afgesproken beleidsagenda en is limitatief. Gedragsbevordering voor gezonde personen komt hier niet op voor.
- Het Achterstandsfonds wordt gevoed met € 6 per verzekerde uit de betreffende postcodes per jaar. Huisartsen kunnen hieruit een subsidie aanvragen voor hogere kosten in verband met de problematiek in deze wijken (taalproblemen, oneigenlijke zorgvraag, slechte praktijkhuisvesting). Leefstijlpreventie wordt niet expliciet als uitkeringsgrond genoemd, maar uit deze bron wordt bijvoorbeeld wel de allochtone zorgconsulent betaald.
- Per verzekerde kan € 6,40 worden gedeclareerd voor de kosten van de Praktijkondersteuner huisarts.

De bekostiging van de eerste lijn bevat geen expliciete prikkels voor leefstijlpreventie; leefstijlpreventie moet daardoor in de spreekkamer van de eerstelijnszorg (onder meer huisarts of verloskundige) concurreren met curatieve zorg. De zorgverlener in de eerste lijn is financieel niet geprikkeld tot case-finding (het ter sprake brengen van een slechte leefstijl bij een patiënt die met een andere klacht op consult komt) omdat dit in principe niet extra wordt beloond. Bevordering van gezond gedrag is in het geval van tertiaire preventie (preventie gericht op het voorkomen van erger bij zieke mensen) opgenomen in een aantal richtlijnen van huisartsen en andere professionals in de eerste lijn. Voor primaire preventie geldt dit (nog) niet. Uit een inventarisatie blijkt dat er binnen de eerstelijnszorg een groeiende consensus ontstaat dat er meer aandacht moet komen voor preventie en gezondheidsbevordering.

Werkgevers

Het eerste belang van werkgevers bij bevordering van gezond gedrag is de continuïteit van het arbeidsproces door minder ziekteverzuim en een hogere arbeidsproductiviteit. Werkgevers hebben bovendien via arbowetgeving verplichtingen op het gebied van preventie en worden via de verplichting tot loondoorbetaling bij ziekte geprikkeld om verzuim terug te dringen. Veel werkgevers hebben hierom een actief preventiebeleid mede gericht op het bevorderen van gezond gedrag, door bijvoorbeeld bedrijfsfitness aan te bieden, een gezonder aanbod in bedrijfskantines te realiseren of stop met rokencursussen aan te bieden aan de werknemers. Binnen de groep werkgevers hebben kleine en middelgrote bedrijven zich voor doorbetalen bij ziekte verzekerd bij een verzuimverzekeraar en hebben grote bedrijven zich niet verzekerd en zijn eigen risicodrager. Grote bedrijven zijn hierdoor gemotiveerd om zelf een actief verzuimbeleid te voeren, terwijl bij kleinere bedrijven de verzuimverzekeraar de aandacht voor preventie prikkelt door middel van premiedifferentiatie.

Zorg- en verzuimverzekeraars

Verzuimverzekeraars hebben een duidelijk financieel belang bij het terugdringen van verzuim bij hun verzekerden. Het ligt voor de hand dat zij preventiemaatregelen zullen toepassen, als deze kosteneffectief zijn in terugdringen van verzuim. Er is voor dit IBO geen onderzoek gedaan of verzuimverzekeraars daadwerkelijk aan preventie doen.

In de ZVW zijn geen expliciete aanspraken opgenomen die betrekking hebben op het bevorderen van gezond gedrag. Zorgverzekeraars moeten de gebruikelijke zorg financieren: als het bevorderen van gezond gedrag tot de reguliere zorg wordt gerekend, komt zij dus voor vergoeding in aanmerking. Wat behoort tot de reguliere zorg, is vooral zaak van zorgverleners. Zorgverzekeraars hebben maar een zeer beperkte prikkel om aan gezondheidsbevordering te doen: het risicovereveningsfonds compenseert verzekeraars in belangrijke mate voor de verschillen in zorgbehoefte van verzekerden. Een gezonde klant is hierdoor niet per se winstgevender dan een zieke klant. Zorgverzekeraars geven ook aan dat zij bang zijn dat als zij investeren in preventie, hun premies omhoog gaan, waardoor zij zich zelf uit de markt prijzen. Verzekerden kunnen gemakkelijk overstappen, waardoor de mogelijkheid bestaat dat de baten van preventie-inspanningen door de ene verzekeraar bij een andere verzekeraar neerslaan. Deze angst voor de zogenaamde "preventieparadox bij verzekeraars" kan echter wel genuanceerd worden: het risico dat een ander van een investering geniet geldt bijvoorbeeld ook bij de scholing van medewerkers, maar dit belet werkgevers niet om in de scholing van medewerkers te investeren.

Zorgverzekeraars bieden bijna allemaal preventie aan in hun aanvullende verzekeringen. Het gaat om zaken als "total body checks", "cholesterolverlagende" margarine, korting op de fitness. Het lijkt er op dat vooral "leuke" preventie wordt aangeboden en dat het hoofdzakelijk bedoeld is als marketing. Een beperking van aanvullende verzekeringen is dat daarvoor geen acceptatieplicht geldt en deze niet door iedereen worden afgesloten.

Een mogelijk probleem voor verzekeraars is dat de baten van investeringen door zorgverzekeraar of verzuimverzekeraar over en weer neerslaan. Hierdoor kan het voor de verzekeraars samen lonend zijn om aan preventie te doen, maar als geen afspraken kunnen worden gemaakt over de verdeling van de kosten, kan het voor de verzekeraars afzonderlijk niet lonend zijn om te investeren. Of dit probleem zich daadwerkelijk voordoet, en zo ja in welke mate, is niet onderzocht.

Scholen

Scholen nemen een centrale rol in het leven van kinderen in. Het zorgdragen voor de lichamelijke en psychische gezondheid is een van de kerndoelen van het basisonderwijs. Het is aan de scholen zelf hoe zij hier invulling aan willen geven. In het voortgezet onderwijs is lichamelijke opvoeding voor elk leerjaar en gedurende het hele leerjaar verplicht, maar het aantal uren dat daaraan wordt besteed is vrij. Er zijn geen centrale regels m.b.t. het aanbieden van snoep binnen de school. Concurrentie tussen scholen en de mate waarin ouders/verzorgers belang hechten aan gezondheid zijn bepalend voor de incentives van scholen om gezondheid te bevorderen;

Het ligt niet binnen het bereik van dit onderzoek om de gezondheidsbevordering door scholen te evalueren. Aangenomen kan worden dat door de autonomie, scholen deze taak op verschillende wijzen en met verschillende intensiteit op zich nemen. Afhankelijk van de schoolpopulatie zal preventie zich ook op andere onderwerpen richten. Hoe goed de scholen de taak van gezondheidsbevordering op zich nemen is niet bekend. Wel is bekend dat bij de meeste scholen aandacht is voor bewegingsonderwijs: hoewel niet verplicht doen veel basisscholen aan schoolzwemmen en worden de normen voor lichamelijke opvoeding bij het merendeel van middelbare scholen gehaald. Scholen zijn ook verantwoordelijk voor het voedselaanbod in hun kantines en automaten. Door een goed en gevarieerd aanbod kunnen scholen de gezonde keuze makkelijker maken.

Scholen worden op dit moment niet (mede) bekostigd op basis van hun preventie-inspanningen en hebben op dit moment geen prikkel tot bevorderen van gezond gedrag.

Sportverenigingen
Sportverenigingen zijn zeer belangrijke actoren als het gaat om bewegen. Veel mensen die als kind sporten zetten dit in hun volwassen leven door. Het beleid van sportverenigingen bepaalt mede de toegankelijkheid van sport voor (kinderen van) mensen met lage inkomens.

Sportverenigingen zijn echter niet alleen bevorderaars van gezond gedrag. Uit een rapport van het SCP[99] blijkt dat in sportkantines veel wordt gedronken en gerookt, ook door de jeugd. De regelgeving hieromtrent wordt door sportverenigingen nog onvoldoende nageleefd.

Sportkantines zijn voor veel sportverenigingen een belangrijke inkomstenbron. Sportverenigingen hebben hierdoor geen financieel belang bij het terugdringen van roken en drinken rond de vereniging.

De levensmiddelen- en genotsmiddelenindustrie
Roken, alcoholgebruik en obesitas hebben een duidelijke economische component: er zijn bedrijven die bestaan van het verkopen van tabaksproducten, alcoholhoudende dranken en energierijk voedsel. Op basis van economische theorieën kan verondersteld worden dat deze bedrijven proberen om hun winst te maximaliseren, wat betekent dat zij gebaat zijn bij een aanzienlijke omzet. Bijna alle reclame voor tabaksproducten is verboden en voor alcoholreclame bestaat zelfregulering. Hoe succesvol deze zelfregulering is, is niet onderzocht. Critici stellen dat producenten van alcoholhoudende dranken hun marketing richten op jongeren.

Ook de producenten van energierijk voedsel (zogenaamde dikmakers), wordt verweten veel marketing op kinderen te richten. Omdat jongeren bevattelijk zijn voor reclame-uitingen kan dit bijdragen aan de toenemende jeugdobesitas. Op dit moment geldt er zelfregulering ten aanzien van reclame voor voedsel.

Producenten en handelaren van tabaksproducten, alcoholhoudende dranken en dikmakers hebben in beginsel geen belang bij het bevorderen van gezond gedrag. Zij kunnen echter wel een afgeleid belang hebben bij een verantwoorde consumptie, dat wil zeggen een matige consumptie (bij dikmakers en alcoholhoudende drank) of consumptie van rookwaren op basis van voldoende informatie over de schadelijke gevolgen daarvan. Dit afgeleide belang heeft te maken met de bescherming van hun imago en het voorkómen van boycotacties, schadeclaims en wettelijke maatregelen. Gelet op de grote gezondheidsschade van roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht zouden zij hun inspanningen om ongewenste schadelijke gevolgen te voorkomen, moeten intensiveren. Voor andere voedselproducenten vormt gezond gedrag wel weer een lucratieve mogelijkheid om allerlei “gezonde” producten te verkopen.

De media
De media vormen een zeer belangrijke bron van informatie voor de meeste mensen en hebben een heel belangrijke rol in opinie- en beeldvorming. De media kunnen hierdoor gezond gedrag zowel bevorderen als tegengaan. De media hebben bijvoorbeeld een belangrijke rol gespeeld in de veranderende perceptie van roken: vroeger stak de hoofdpersoon in een film vaak cool een sigaret op, tegenwoordig worden in de

[99] SCP 2007

mainstream films vooral criminelen en terroristen met sigaret afgebeeld. De vraag is natuurlijk wel: in hoeverre hebben de media de opinie in de samenleving beïnvloed en in hoeverre heeft de veranderende perceptie in de samenleving de media beïnvloed. Toch mag worden aangenomen dat de media invloed hebben.

Tegenwoordig zijn er tal van gezondheidsgerichte media-uitingen, zoals tijdschriften en krantenkaternen gericht op gezondheid, afslank- en gezondheidsprogramma's op te tv en tal van boeken en dvd's over allerleiverschillende diëten en vele websites over gezondheid. Wat nu precies het effect is van al deze media-aandacht voor gezondheid en gezond gedrag is onbekend. Het lijkt echter plausibel dat de media-aandacht voor gezondheid een effect heeft op gezond gedrag. De media lijken niet een direct belang te hebben bij het bevorderen van gezond gedrag. Gezond gedrag kan echter wel een interessante vorm van "content" vormen, voor zover hier bij consumenten behoefte naar is.

Conclusie
Naast de rijksoverheid zijn er tal van actoren die een belang bij gezond (of ongezond) gedrag hebben. De feitelijke bevordering van gezond gedrag geschiedt ook vooral door deze actoren: de rijksoverheid treedt vooral op als voorwaardenschepper, regisseur en financier van preventie. Het inzicht in wat al deze actoren doen op het terrein van het bevorderen van gezond gedrag is verre van volledig: een uitgebreide actoren- en krachtenveldanalyse is in het kader van dit rapport niet uitgevoerd.

4.9 Samenvattende beschouwing en conclusies

Het geheel van activiteiten van de betrokken departementen kan als volgt schematisch worden samengevat:

Tabel 16: overzichtstabel departementale inspanningen

Roken

	Informatie	**Financiële prikkels**	**Ge- en verboden**
VWS	GBI's, Diverse acties, Beleid kantines, diverse programma's	Sancties VWA, Keurmerk *Gezonde Sportvereniging*	Tabakswet Toezicht VWA
GSB	-	-	-
Financiën	-	Accijns, BTW	-
LNV	-	-	-
OCW	-	-	-
SZW	-	WVP, VLZ, WIA	-
VROM	Binnenmilieu	-	-

Alcohol

	Informatie	Financiële prikkels	Ge- en verboden
VWS	GBI's, Beleid kantines (sociale hygiëne),	Sancties VWA, Keurmerk *Gezonde Sportvereniging*	Drank- en horecawet, Toezicht VWA
GSB	-	-	-
Financiën	-	Accijns, BTW	-
LNV	-	-	-
OCW	-	-	-
SZW	-	WVP, VLZ, WIA	-
VROM	-	-	-

Bewegen

	Informatie	Financiële prikkels	Ge- en verboden
VWS	GBI's, NASB, Alliantie School en Sport, Meedoen allochtone jeugd en sport, topsport, Modernisering sportaanbod	NASB, Alliantie School en Sport, Meedoen allochtone jeugd en sport, Modernisering sportaanbod	-
GSB		opsporen en aanpakken overgewicht jeugd	-
Financiën	NVT	Fiscale regelingen voor fietsen en bedrijfsfitness	-
LNV	Gezondheidsvoorlichting voor de jeugd, Staatsbosbeheer alliantie Nederland Actief, onderzoek en onderwijs	Speelbossen, toegankelijkheid landelijke gebieden, nationale parken, Ecologische Hoofdstructuur, GIOS.	-
OCW	Kerndoelen primair en voortgezet s onderwijs	-	-
SZW	-	WVP, VLZ, WIA	-
VROM	Medewerking gezonde school en gezonde schoolkantines (via actieprogramma milieu en gezondheid) Groenprojecten o.a. GIOS (met LNV) en natuur en gezondheid (met VWS en LNV) Speelruimte richtlijn via brief TK en GSB	ISV, BOS-impuls	-

Voeding

	Informatie	Financiële prikkels	Ge- en verboden
VWS	Beleid sportkantines. [Inbreng sport/bewegen in convenant overgewicht].	Keurmerk *Gezonde Sportvereniging*	Warenwet
GSB	-	Opsporen en aanpakken overgewicht jeugd	-
Financiën	-	BTW	-
LNV	Voedingscentrum Nederland, smaaklessen, onderzoek en onderwijs	Prijs gezonde schoolkantine	-
OCW	Kerndoelen primair onderwijs	-	-
SZW	-	WVP, VLZ, WIA	-
VROM	-	-	-

Op grond van dit overzicht kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

1) Wat doen de ministeries?
Op basis van de geïnventariseerde inspanningen kan worden geconstateerd dat een grote diversiteit van departementale inspanningen gericht is op, c.q. neveneffecten heeft op de bevordering van gezond gedrag. Verschillende ministeries besteden aandacht aan leefstijl, vooral aan bewegen. LNV zorgt voor een duurzaam gebruik van natuur en landschap, inclusief recreatie. Naast VWS heeft ook Onderwijs aandacht voor alcoholpreventie (beperking alcoholreclame) en voert Financiën accijnsbeleid m.b.t. roken en alcohol. VROM stimuleert aandacht voor gezondheid in een duurzame leefomgeving bij gemeenten.

2) Is er samenhang tussen het beleid van de ministeries?
De samenhang kan op verschillende manieren worden bezien:
- Samenhang kan worden opgevat in de zin van handelen vanuit een gezamenlijk plan, gekoppeld aan uniformiteit van doelstelling en een daaruit logisch voortvloeiende verdeling van taken, budgetten en te leveren prestaties. Een gerede plaats voor de formulering van een samenhangende aanpak is de preventienota die de Minister van VWS presenteert vanuit zijn verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid en voor het leefstijlbeleid. In deze 4-jaarlijkse nota worden de prioriteiten voor de collectieve preventie voor de komende periode gekoppeld aan een actieprogramma. Deze nota is echter vooral gericht op het lokale niveau en bevat weinig elementen die betrekking hebben op de andere ministeries. De geïnventariseerde inspanningen van de andere ministeries komen in de meest recente Nota slechts op hoofdlijnen terug. Zo wordt ten aanzien van alcohol opgemerkt dat het kabinet het meeste effect verwacht van een evenwichtig en samenhangend pakket van beleidsinstrumenten met voorlichting, preventie en zelfregulering maar ook wetgeving en accijnsheffing en daarnaast goede zorg- en hulpverlening. Aan dit voornemen worden echter nog geen concrete actiepunten verbonden. In die zin is de samenhang in de preventienota beperkt.

- Samenhang wordt wel expliciet nagestreefd op het lokale niveau. Dit is ook de opzet van de Wcpv, waarin de Preventienota van het Rijk de prioriteiten aangeeft die vervolgens worden uitgewerkt in de lokale gezondheidsnota's. Leefstijl (roken, alcohol en overgewicht) heeft daarin een centrale plaats. Ook het grote stedenbeleid is samenhangend beleid, waarvan gezondheid en leefstijl deel uitmaakt. Veel van dit beleid is nog in ontwikkeling.[100]
- Preventiebeleid omvat naast leefstijl ook de leefomgeving en de arbeidssituatie. Beleid op deze drie terreinen moet elkaar bij voorkeur versterken en op zijn minst niet tegenwerken. Hoe complex deze gebieden met elkaar samenhangen laten de volgende voorbeelden zien: het stimuleren van arbeidsparticipatie leidt doorgaans tot toename van mobiliteit. Dit heeft negatieve gevolgen op het gebied van de leefomgeving (o.a. in termen van luchtkwaliteit en geluid) en kan tevens gevolgen hebben voor de leefstijl (bijv. minder bewegen door de kinderen met de auto naar school te brengen). De ruimtelijke scheiding van wonen, werken en winkelen leidt tot een toename van gemotoriseerd verkeer en daarmee tot toename van de problemen op gebied van de kwaliteit van leefomgeving en kan gevolgen hebben voor de leefstijl (minder bewegen door met de auto naar het winkelcentrum te rijden).
- Daarnaast kan gezondheidsbevordering als prioriteit strijden met andere prioriteiten, die zowel negatieve als positieve effecten hebben op de gezondheidsbevordering. Voorbeelden van dit eerste is het geven van prioriteit aan de woningbouw ten koste van groenvoorzieningen als parken en speel- en sportplekken, het stimuleren van de bereikbaarheid van winkelcentra per auto waardoor bewegingsbevordering wordt tegengegaan en het schrappen van gymnastiek of zwemmen uit het lespakket wat ten koste gaat van bewegingsbevordering.

3) Is er sprake van overlap of witte vlekken?
De rijksoverheid bepaalt enkele bevoegdheden en verantwoordelijkheden van decentrale actoren op het terrein van preventiebeleid. Decentrale actoren, zoals gemeenten en scholen, maken veel gebruik van de beleidsvrijheid op dit terrein. De rijksoverheid richt zich daarnaast met landelijke programma's ook rechtstreeks op het bevorderen van gezond gedrag door deze decentrale actoren, vooral scholen en gemeenten. Het betreft bijvoorbeeld:

- Project de gezonde school;
- Project alcohol en opvoeding;
- De alliantie sport en school (met als doel dat 90% van de scholieren een dagelijks sport- en beweegaanbod krijgt;
- Afspraken binnen het grote stedenbeleid met gemeenten om gezondheidsachterstanden in de stad terug te dringen. Zo is afgesproken om het percentage jongeren met overgewicht terug te dringen;
- De prijs gezonde schoolkantine;
- Een project smaaklessen.

Of deze initiatieven overlappen met het beleid van decentrale actoren is niet in kaart gebracht. De kosteneffectiviteit van deze programma's is niet onderzocht.

Beleid dat niet gericht is op gezondheidsbevordering heeft regelmatig negatieve effecten op gezond gedrag. Witte vlekken kunnen op diverse punten worden aangewezen, maar hierbij moet bedacht worden dat sommige activiteiten (zoals bewegingsonderwijs) wel

[100] Aanvullend op de preventienota is de voor 2008 aan de TK toegezegde Nationale aanpak milieu en gezondheid. Deze aanpak die 1 keer in de 4 jaar zal worden opgesteld beoogt invulling te geven aan het onderdeel 'omgeving' van het preventiebeleid Volksgezondheid. Bovendien kent deze nota internationale aansluiting en moet de nota aansluiting bieden voor regionale en lokale plannen.

degelijk plaatsvindt, maar onder verantwoordelijkheid van andere partijen (scholen, gemeenten), terwijl andere mogelijke inspanningen op grond van een gedegen afweging achterwege blijven. Uit dit voorgaande hoofdstuk kunnen de volgende witte vlekken worden geïdentificeerd:

- De eerstelijnszorg is maar beperkt gericht op preventie;
- De ZVW wordt zeer beperkt gebruikt voor gezondheidsbevordering;
- De handhaving van leeftijdsgrenzen bij roken en alcohol is niet effectief;
- Het beleid dat randvoorwaarden schept voor gezond gedrag (fysieke en sociale infrastructuur) houdt maar in beperkte mate rekening met de effecten op (on)gezond gedrag.

De afwegingen en voorstellen voor invulling van witte vlekken en het tegengaan van overlap komen aan de orde in hoofdstuk 5.

Conclusies voor de instrumentenmix

- Er zijn veel actoren die zich bezig houden met het bevorderen van gezond gedrag. Veel initiatieven en incentives komen van gemeenten, scholen en in toenemende mate het bedrijfsleven. Rijksbeleid is van invloed op de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van deze actoren, en daarnaast ook op de incentives die deze actoren hebben om gezond gedrag te bevorderen;
- Bij de vormgeving of aanpassing van het rijksbeleid dient ervoor gezorgd te worden dat rijksbeleid complementair en niet dubbelop of contrair is aan activiteiten van andere actoren.
- Ook tussen departementen dient afstemming plaats te vinden gericht op het elkaar versterken bij de vormgeving van beleid en het voorkomen van tegenwerken

5 Beleidsopties

Uitgangspunt voor de beleidsopties
De werkgroep is van mening dat een aanpassing van het huidige preventiebeleid wenselijk is, met als doel om dit beleid:

- zo goed mogelijk en rekening houdend met de verschillen per leefstijlfactor te laten aansluiten bij de te onderscheiden motieven voor overheidsbeleid;
- beter gebaseerd te laten zijn op kennis over kosteneffectieve of effectieve maatregelen;
- zo te organiseren dat integraal beleid wordt gevoerd waarbij een expliciete afweging wordt gemaakt tussen het bevorderen van gezond gedrag en andere maatschappelijke doelen en voorkomen wordt dat dubbelingen of negatieve beleidsexternaliteiten ontstaan.

De volgende beleidsaanpassingen zijn in het Coalitieakkoord aangekondigd en inmiddels in gang gezet:

- rookvrije horeca (beoogd per 1 juli 2008);
- verscherping van controle of leeftijdsgrenzen bij alcohol;
- accijnsverhoging alcohol en tabak (opbrengst € 200 mln);
- opvoedondersteuning mede richten op gezondheid (o.a. via de Centra voor Jeugd en gezin);
- een verbod op reclame voor alcohol op radio en televisie tot 21.00 uur.

De onderstaande opties zijn aanvullend op het beleid dat recent in gang is en wordt gezet. Op basis van de bovenstaande uitgangspunten komt de werkgroep tot de volgende aanbevelingen:

1. Vergroot de kennis over kosteneffectiviteit. Doe experimenten met interventies die gezond gedrag beogen te bevorderen. Voor zover het interventies in de huisartsenzorg betreft, zou de mogelijkheid hiertoe gecreëerd kunnen worden door gebruik te maken van de bestaande regeling module modernisering en innovatie huisartsen. Richt experimenten eveneens op preventieve activiteiten (die vooral de leefstijl van minderjarigen en mensen met een lage SES ten goede kunnen komen) die in aanmerking kunnen komen voor opname in het verzekerde basispakket.

Het streven van de overheid is om zoveel mogelijk bewezen kosteneffectieve maatregelen in te zetten. Er is echter een gebrek aan inzicht in de vraag `wat werkt (en wat niet)?`. Dit inzicht is van groot belang voordat maatregelen en interventies op brede schaal worden ingevoerd. Het ontbreekt niet alleen aan inzicht in de kosteneffectiviteit van mogelijke nieuwe interventies om gezond gedrag te bevorderen, maar ook aan kennis over de kosteneffectiviteit van het huidige preventiebeleid. Het ontbreken van `evidence based` beleid is overigens een probleem dat zich niet beperkt tot het preventiebeleid, maar dat ook voor andere terreinen van het overheidsbeleid geldt. Het streven dient te zijn om `evidence based` beleid te ontwikkelen.

Om meer inzicht te krijgen, kan gebruik worden gemaakt van experimenten, uitgevoerd met een gedegen onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van de maatregelen. Bij deze experimenten gaat de aanpak in een deel van het land van start, en wordt steeds een vergelijking gemaakt tussen de gezondheid in de experimentele en de controlegroep. Zo wordt duidelijk of invoering van het beleid op termijn te overwegen valt. Het valt te overwegen om voor dergelijke initiatieven een subsidieregeling in het leven te roepen als kweekvijver voor innovatieve interventies.

Er zijn interventies die zich – op basis van de conclusies uit de eerdere hoofdstukken van dit IBO – met name lenen voor een dergelijke experimentele aanpak:

- Doe experimenten met leefstijladviezen door huisartsen en praktijkondersteuners in de eerstelijnsgezondheidszorg. Vergelijk de eventuele gezondheidswinst met die in de controlegroep. Het kan daarbij gaan om leefstijladviezen bij ondersteuning van gedragsverandering van mensen in achterstandswijken, leefstijladvies voor zwangere vrouwen en individueel advies voor mensen die hun gedrag willen aanpassen. Maak het mogelijk dat de bestaande innovatiegelden in de huisartsenbekostiging kunnen worden gebruikt voor experimenten met gezondheidsbevordering: in de module Modernisering en Innovatie in het financieringssysteem van huisartsenzorg is gezondheidsbevordering door gedragsbeïnvloeding nu niet opgenomen;
- Bied verzekeraars de mogelijkheid om experimenten te ontwikkelen waarmee gezond gedrag wordt bevorderd. Het gaat hier bijvoorbeeld om uitbreidingen van het basispakket met begeleidingsmogelijkheden voor mensen die hulp zoeken om ongezond gedrag te veranderen. De kosteneffectiviteit hiervan wordt onderzocht door de eventuele gezondheidswinst hiervan te vergelijken met gezondheid in de controlegroep. Zo kan duidelijk worden welke interventies relatief kosteneffectief zijn en in aanmerking kunnen komen voor toevoeging aan het verzekerde basispakket;
- Onderzoek in een experimentele opzet de (kosten)effectiviteit van integraal beleid. Bij integraal beleid werken verschillende actoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein samen aan het bevorderen van gezondheid. Dit betekent onder andere een grotere betrokkenheid vanuit de sectoren werkgelegenheid, onderwijs, ruimtelijke ordening, volkshuisvesting en infrastructuur.

2. Bevorder samenwerking tussen ministeries. Zorg voor meer samenhang in het preventiebeleid van het Rijk, bijvoorbeeld door de interdepartementale aanpak van de beleidsprioriteiten van de preventienota van het Rijk sterker te benadrukken.

Gebrekkige samenwerking tussen ministeries kan leiden tot negatieve beleidsexternaliteiten: beleidsbeslissingen kunnen negatieve gevolgen hebben op andere gebieden dan het directe terrein van aandacht. Waar deze negatieve beleidsexternaliteiten zich voordoen is een interdepartementale aanpak noodzakelijk. Als een eerste stap zouden de beleidsexternaliteiten – voor zover het gezond gedrag betreft – in kaart gebracht kunnen worden.

Het gaat hierbij ook om het tot stand brengen van kansen voor integraal beleid; een voorbeeld daarvan is het actieplan Jeugd, gezondheid en milieu (VWS en VROM). Concreet kan worden gedacht aan:

- Het opnemen van een samenhangende interdepartementale aanpak van de beleidsprioriteiten op het gebied van bevordering van gezond gedrag in de vierjaarlijkse preventienota van VWS;
- Invulling van de relatie leefomgeving en gezondheidsbevordering;

- Meer aandacht voor de effecten op gezond gedrag bij het voeren van fiscaal beleid (accijnzen, BTW).

3. Bevorder een omgeving die uitnodigt tot gezond gedrag. Houd in het ruimtelijke ordeningsbeleid en huisvestingsbeleid expliciet rekening met de mogelijkheden voor gezond gedrag (vooral ruimte om te bewegen). Geef hierbij in het bijzonder aandacht aan de mogelijkheden voor mensen met een lage sociale economische status.

Gedrag wordt mede beïnvloed door de sociale en fysieke omgeving. De effectiviteit van het beleid is vaak minder naarmate de omgeving het moeilijker maakt zich gezond te gedragen. Dit treft in het bijzonder mensen met een lagere sociaal-economische status. In het ruimtelijke ordeningsbeleid en het achterstandenbeleid zou structureel aandacht geschonken moeten worden aan de effecten op gezondheid en gezondheidsbevordering.

4. Gebruik prijsmaatregelen en wet- en regelgeving optimaal. Zorg voor een betere handhaving van ge- en verboden: vooral m.b.t. het verbod op alcoholverkoop aan jongeren en de intensiteit van alcoholcontrole in het verkeer. Onderzoek ook de voor- en nadelen van een verbod op snoepautomaten op scholen. Onderzoek de mogelijkheden om productinformatie en gezondheidswaarschuwingen bij voeding te verbeteren en de mogelijkheden voor regulering van reclame- en marketingactiviteiten voor voeding gericht op kinderen. Beëindig regelingen met een groot deadweight loss en geringe kosteneffectiviteit.

5. Overweeg op basis van een onderzoek naar de effecten op de gezondheid van jongeren, een verhoging van accijns op alcohol (bovenop de verhoging die in het Coalitieakkoord is afgesproken). Onderzoek hoe er voor kan worden gezorgd dat het gebruik van alcohol in sportkantines en op sportevenementen wordt verminderd. Onderzoek de mogelijkheden voor een financiële prikkel om mensen tot gezond eten te verleiden. Start hiervoor een onderzoek naar de mogelijkheden om een nader af te bakenen (ongezonde) productcategorie onder het hoge BTW-tarief te plaatsen. Betrek bij dit onderzoek ook de verbruiksbelasting op niet alcoholische dranken.

Prijsmaatregelen en regelgeving zijn effectieve instrumenten om gezond gedrag te bevorderen. Fiscale instrumenten zijn relatief goedkope beleidsopties: indien accijnzen worden vergeleken met een andere vorm van belastingheffing met dezelfde opbrengst, zijn er geen meerkosten aan verbonden (afgezien van uitvoeringskosten van het innen van deze belasting). Wel zijn fiscale instrumenten als instrument om gedrag te beïnvloeden relatief ongericht: ook de matige gebruiker betaalt immers accijns op alcohol of op tabak. Het instrument is niet specifiek gericht op het tegengaan van bijvoorbeeld meeroken of rijden onder invloed (extern effect) en is niet specifiek gericht op jongeren.

<u>Alcohol</u>

- De externe kosten van alcoholmisbruik zijn hoger dan de opbrengsten van de accijnsheffing. In het Coalitieakkoord is voor verhoging van de tabaks- en alcoholaccijnzen een bedrag van 200 miljoen euro ingeboekt. De geschatte omvang van de externe kosten van alcoholmisbruik ligt ruim boven dit bedrag. Onduidelijk is wat het effect is van een accijnsverhoging op het gedrag (zowel alcoholgebruik als crimineel gedrag en daarmee de hoogte van de externe effecten) en de schade aan de gezondheid van jongeren. Overweeg daarom op basis van een onderzoek naar de effecten op het gedrag en de gezondheid van jongeren, een verhoging van de accijns op alcohol (bovenop de verhoging die in het Coalitieakkoord is afgesproken);

- Onderzoek hoe er voor kan worden gezorgd dat het gebruik van alcohol in sportkantines en op sportevenementen wordt verminderd. Prijzen van alcohol in sportkantines zijn lager dan in de reguliere horeca. Om alcoholgebruik in sportkantines te verminderen zou aan dit prijsverschil een einde gemaakt moeten worden;
- Zorg voor een aanzienlijke verbetering van de handhaving van regels (o.m. ten aanzien van verkoop aan minderjarigen, schenken aan mensen die al te veel op hebben, rijden onder invloed) en versterk de sancties op ongeoorloofd alcoholgebruik. In het overgrote deel van de gevallen lukt het 14 en 15 jarigen om – indien ze dat willen – alcohol te verkrijgen. Het aantal verkeersdoden als gevolg van alcoholgebruik is nog altijd hoog. Terugdringen van rijden onder invloed en de verkoop van alcohol aan jongeren beneden de zestien vraagt om een combinatie van betere handhaving en strengere sancties.

Roken
- Het kabinet is voornemens het rookverbod in de horeca in te voeren per 1 juli 2008.

Overgewicht
- Onderzoek de voor- en nadelen van een verbod van de verkoop van snoep en frisdrank op school. De overheid heeft een bijzondere verantwoordelijkheid voor gezond gedrag bij kinderen. De toename van overgewicht onder kinderen is verontrustend. Onderdeel van de onderwijzende taak van scholen is het geven van het goede voorbeeld als het gaat om gezond gedrag. Aan de ene kant ontmoedigt een verbod op de verkoop van snoep en frisdrank in scholen de consumptie van ongezond voedsel. Aan de andere kant doorkruist een dergelijk verbod de autonomie van scholen;
- Vraag een wetenschappelijk advies over de mogelijkheden om mensen met financiële prikkels tot gezonder eten te verleiden. Overgewicht en obesitas hebben negatieve externe effecten, ondermeer als gevolg van ziekteverzuim. Het aantal mensen met overgewicht neemt snel toe. Fiscale instrumenten zijn effectief gebleken in vermindering van roken en alcoholgebruik. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat een accijns op vette of suikerhoudende/suikerrijke etenswaren op grote uitvoerings- en afbakeningsproblemen stuit. Wel kan worden bekeken of bijvoorbeeld opname van een bepaalde voedingsproductcategorie in het hoge BTW tarief een mogelijkheid is. Tevens kan worden gekeken naar de verbruiksbelasting op niet alcoholische dranken.
- Onderzoek de mogelijkheden om productinformatie bij voeding te verbeteren en gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen van voedsel te vermelden. De informatie over schadelijke effecten van voeding is niet volledig en kan mogelijk worden verbeterd. Zo zijn fabrikanten in Canada en de Verenigde Staten verplicht om transvetzuren te vermelden op verpakkingen. Onderzocht kan worden of verbeterde productinformatie effectief is bij de bestrijding van overgewicht en obesitas.
- Reguleer de reclame- en marketingactiviteiten van voedselproducten gericht op kinderen. Kinderen zijn gevoelig voor reclame en vaak nog niet in staat de consequenties van een ongezond eetpatroon te overzien. Striktere grenzen aan de reclame en marketing gericht op kinderen vallen daarom te verdedigen.

Middelen die worden besteed aan preventie dienen zo efficiënt mogelijk te worden ingezet. Daar waar deze middelen worden ingezet voor activiteiten die ook zonder stimulering tot stand zouden komen en daarmee geen effect op het leefstijlgedrag hebben (van vooral minderjarigen en lagere SES-groepen), ligt het stopzetten van een dergelijke regeling voor de hand.

6. Gebruik massamediale campagnes alleen in samenhang met andere maatregelen.
Bij uitzondering blijken massamediale campagnes naast bewustwording ook effect op gedrag te hebben. Zet daarom alleen op bewustwording gerichte massamediale campagnes op in combinatie met (op gedrag gerichte) andere instrumenten. Richt om de effectiviteit te verhogen deze campagnes daarbij meer op doelgroepen.

Bijlage 1: taakopdracht

IBO-TAAKOPDRACHT PREVENTIE

1. Aanleiding

Preventie van gezondheidsproblemen heeft als doel dat mensen langer en gezonder leven. Door een hoog peil van gezondheidsbescherming en medische zorg is het aantal gezonde levensjaren al sterk gestegen. Nu trekt vooral preventie in de vorm van gezond gedrag de aandacht. Veel gezondheidsproblemen en zelfs voortijdig sterven zijn het gevolg van (welvaarts-)ziekten die op zijn minst gedeeltelijk voortvloeien uit eigen gedrag. Door het versterken van gezond gedrag is nog veel gezondheidswinst te boeken. Daarbij staat de eigen intrinsieke waarde van langer gezond leven voorop. Langer gezond leven betekent ook minder ziektelast. Gezonde mensen hebben een hogere arbeidsproductiviteit en veroorzaken in een aantal gevallen lagere kosten van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Daarmee wordt bijgedragen aan de solidariteit in en dus ook aan de houdbaarheid van het zorgstelsel.

2. Probleemstelling

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te verkrijgen in doelmatige gezondheidsbevordering en gedragsbeïnvloeding in het bijzonder. Het IBO richt zich hierbij op drie kernvragen:

I. Hoe kosteneffectief is gezondheidsbevordering/gedragsbeïnvloeding vergeleken met preventie door gezondheidsbescherming of preventieve zorg? Relevant in dit kader is dat de huidige inspanningen voor gedragsbeïnvloeding, bijvoorbeeld vergeleken met gezondheidsbescherming, minimaal zijn.[101]

II. Is de gezondheidsbevordering/gedragsbeïnvloeding goed georganiseerd? Een groot aantal partijen heeft een rol bij het preventiebeleid en gedragsbeïnvloeding, elk met eigen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Deze bevinden zich niet alleen op de beleidsterreinen van VWS maar ook daarbuiten (andere departementale beleidsterreinen en gemeenten, scholen, werkgevers, industrie). Zijn de huidige verdeling van bevoegdheden en de huidige regelgeving en financiering toereikend en in voldoende mate stimulerend voor een, maatschappelijk gezien, optimale bijdrage van deze partijen?

III. De noodzaak van overheidsinterventie en de optimale instrumentmix. Het is van belang om vast te stellen wanneer vanuit preventieve of curatieve invalshoek overheidsinterventie noodzakelijk is of dat een en ander tot het (individuele) private domein en eigen verantwoordelijkheid moet worden gerekend.
Als interventie noodzakelijk wordt geacht, beschikt de overheid over een reeks van instrumenten waarmee individuen kunnen worden beïnvloed en geprikkeld tot gezond gedrag: campagnes ter voorlichting en stimulering, wettelijke geboden en verboden, financiële/fiscale prikkels, collectieve financiering en beschikbaarstelling. De vraag is wat in welke gevallen de optimale instrumentmix is.

[101] Bekker-Grob et al. 2006

De volgende aspecten zijn bij bovenstaande deelvragen van belang:

1. Beschrijving en beoordeling van:
    a) de kosteneffectiviteit van de verschillende onderdelen van het preventiebeleid (binnen en buiten de gezondheidszorg);
    b) de huidige bestuurlijke en financiële relaties (bevoegdheden, verantwoordelijkheden en financiering) tussen rijk, gemeenten, verzekeraars en betrokken veldpartijen en de daaruit voortvloeiende prikkelwerking;
    c) het huidige besliskader voor overheidsinterventie (nationaal/regionaal/lokaal) en het huidige instrumentarium .
2. Opties ter verbetering:
    a) Is er, bezien vanuit kosteneffectiviteit en het vermijden van voorkombare gezondheidsschade, aanleiding om gezondheidsbevordering/gedragsbeïnvloeding te herprioriteren binnen het huidige preventiebeleid/gezondheidszorgbeleid?
    b) Welke aanpassingen van de bestuurlijke en financiële relaties zijn denkbaar om de mogelijkheden en prikkels van veldpartijen gericht op het bevorderen van preventie en gezond gedrag te versterken? In welke mate heeft versterking van de mogelijkheden en prikkels voor partijen invloed op de kosteneffectiviteit?
    c) Welke opties zijn er voor verbetering van het besliskader voor overheidsinterventie en van het instrumentarium?
3. Conclusie:

Wat zijn de voor- en nadelen van de geschetste mogelijkheden en welke aanbevelingen kunnen worden gedaan?

3. Reikwijdte onderzoek en onderzoeksaanpak

Preventie[102] is een breed terrein. Dit IBO richt zich op de doelmatigheid van het beleid dat via gezondheidsbevordering en gedragsbeïnvloeding gezondheidsschade voorkomt of beperkt. De focus ligt op de interventies gericht op beïnvloeding van het gedrag van individuen (waar onder bedrijven/werkgevers). Naast VWS is een aantal andere departementen hierbij betrokken. Zo speelt het Ministerie van SZW een belangrijke rol bij het beschermen en bevorderen van de gezondheid en gezond gedrag op de werkplek en draagt LNV (mede)verantwoordelijkheid voor de voedselkwaliteit. De kern van het IBO richt zich op de interventies op preventiegebied van de departementen VWS (artikel 21 grotendeels), SZW (artikel 29) en LNV (artikel 25.11).[103] Het Ministerie van OCW, het Ministerie van BZK en het Ministerie van VROM worden eveneens in het IBO betrokken vanuit de bestuurlijke verantwoordelijkheden die deze departementen hebben ten aanzien van respectievelijk onderwijs en gemeenten, partijen met elk een eigen (uitvoerende) taak in het preventiebeleid respectievelijk vormingsbeleid.

Bij vraag I, de relatieve kosteneffectiviteit, worden naast interventies op het gebied van gezondheidsbevordering en gedragsbeïnvloeding ook interventies op het terrein van

[102] Het gaat hierbij om primaire preventie (het voorkomen van ziekten), secundaire preventie (het wegnemen of verminderen van de gevolgen voor de gezondheid zodra een ziekte is ontstaan) en tertiaire preventie (het opheffen, reduceren of compenseren van gezondheidsschade en het voorkomen van complicaties en het verergeren van het ziektebeeld). Culyer, A.J. en J.P. Newhouse (2000), Handbook of health economics, Volume 1B (Elsevier).

[103] Betreft artikelnummers in begrotingen 2007. SZW artikel 29: arbeidsomstandigheden, arbozorg en verzuim. LNV artikel 25.11: bevorderen van kwalitatief hoogwaardig voedselaanbod en consumptiepatronen. Van artikel 41 van de VWS begroting wordt 41.3.5 3 over crisisbeheersing, rampenbestrijding en geneeskundige hulpverlening bij rampen en ongevallen niet meegenomen in dit IBO. Dit aspect van preventie gaat veeleer over coördinatie van activiteiten dan dat het over daadwerkelijke gedragsbeïnvloeding gaat.

gezondheidsbescherming en preventieve zorg meegenomen, ten einde de kosteneffectiviteit van verschillende interventies op de beleidsterreinen van de genoemde departementen met elkaar te kunnen vergelijken.

Bij de beantwoording van elk van de drie vragen wordt gebruik gemaakt van bestaande literatuur. Het onderzoek heeft vijf bouwstenen: 1) Begripsbepaling en afbakening van het relevante preventiebegrip. 2) Een overzicht van de conclusies van relevante theoretische literatuur. 3) Een overzicht van resultaten van empirisch onderzoek uit binnen en buitenland. 4) Een beknopte internationale vergelijking en 5) Gesprekken met experts op het terrein van preventie en met betrokken partijen.

4. Samenstelling werkgroep

De ministeries van VWS, SZW, LNV, OCW, BZK, VROM, AZ en FIN. Daarnaast zal een deskundige van het RIVM/Universiteit van Tilburg en een deskundige van het CPB worden uitgenodigd deel te nemen aan de werkgroep. Onder andere het RIVM, CVZ, SCP en TNO, organisaties met een brede expertise op preventieterrein, zullen bij de uitwerking van de onderzoeksvragen worden betrokken.

Bijlage 2: leden werkgroep

Naam	Plaatsvervanger	Organisatie
Prof. Dr. W.N.J. Groot (voorzitter)		Univ.Maastricht
Mw. drs. A.M.P. van Bolhuis	Drs. M.J. van Iwaarden	MinVWS
Drs. W.A.O. van Bijlert	Mw. drs. I.V.M. Koulen	MinBZK
Drs. R. Feringa	Mw. drs. H. Lucassen	MinSZW
mr. drs. J.W. van der Ham	E. Klein MA	MinLNV
Mw. drs. M.R. Leijten	Mr. drs. A. van Briemen	MinAZ
Prof. Dr. J.A.M. van Oers (adviseur)	Dr. H. Verkleij	RIVM/Univ.Tilburg
Dr. J.M. Pomp (adviseur)	Mw. dr. E.S. Mot	CPB
Dr. D. Ruwaard	Dhr. H.H.P. Meijer,	MinVWS
Mw. Drs. M.E. Schouten	Drs. G.L.C. Vorstenbosch	MinOCW
Drs. T. van Teunenbroek	Mw. dr. J.E.E. Ng-A-Tham	MinVROM
Drs. F.W. Vijselaar	Mw. drs. C. den Broeder	MinFin
Drs. E.M. Verweij (secretaris)	Dr. ir. P.G.W. Alders	MinFin
Drs. F.J. van Sloten, (cosecretaris)	Drs. A. Koopman	MinVWS

Bijlage 3: literatuurlijst

Anderson, P.M., K. F. Butcher en P.B. Levine, “Maternal employment and overweight children”, *Journal of Health Economics*, Volume 22, (3), May 2003, pp. 477-504

Assema P. van et al., Hartslag Limburg: integrale gezondheidsbevordering in buurten, gemeenten, bij huisartsen en in het ziekenhuis, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*; 84: 231-7 2006

Baal, P. van et al., Potential health benefits and cost effectiveness of tobacco tax increases and school intervention programmes targeted at adolescents in the Netherlands, RIVM rapport 260601002, Bilthoven, 2005

Baal, P. van et al, *Zorgkosten van ongezond gedrag, Zorg voor euro’s 3,* RIVM rapport 270751015, Bilthoven, 2006

Babor et al, *Alcohol: no ordinary commodity*, Oxford University Press, 2003

Barneveld et al., “Een causaal verband tussen passief roken en longkanker”, *Nederlands Tijdsschrift van Geneeskunde, 138,* p. 883-884, 1994

Bemelmans, W.J.E. et al., Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg - Een verkennende studie naar de effecten, RIVM Rapport 260301005, 2004

Bekker-Grob, E.W. et al., *Kosten van preventie in Nederland 2003. Zorg voor euro's – 4*, RIVM rapport 270751011, Bilthoven, 2006

Boer, J.M.A. et al, Het mogelijk effect van prijsbeleid op de voedselconsumptie: een orienterend onderzoek, RIVM rapport 350020003, 2006

Bogers, R.P. et al., Costs of lifestyle interventions within health care and the amount of weight loss achieved, RIVM rapport 260701002, Bilthoven, 2006

Buijzen, M. et al., “De relatie tussen televisiereclame voor voedingsmiddelen en consumptiepatronen van kinderen”, te verschijnen in *Psychologie en Gezondheid*

CBS, Sigaretten en shag minder in trek, *Webmagazine*, 13 maart 2006

Chisholm et al., *Alcohol*, 65: 782-93, 2004

Chou, S.Y., M. Grossman en H. Saffer, “An economic analysis of adult obesity: results from the behavioural factor surveillance system,” *Journal of Health Economics*, Volume 23, Issue 3, May 2004, pp. 565-587

Cnossen, S., *Tobacco taxation in the european union*, CPB Discussion paper 67, July 2006a

Cnossen, S., Alcohol taxation and regulation in the European Union, CPB Discussion paper 76, Dec. 2006b

Cutler D., Behavioral health interventions: what works and why, Harvard University, 2002

Cutler, D. et al., "Why have Americans become more obese?", *Journal of Economic Perspectives*, 17 (3), Summer 2003, pp. 93-118

Cutler, D. et al., *Why do Europeans smoke more than Americans?*, National Bureau of Economic Research Working Paper No. 12124, 2006

Dalrymple, T., Life at the bottom: the worldview that makes the underclass, Chicago, 2001

Doll, R. et al., Mortality in relation to smoking: 50 year's observations on male British doctors, BMJ, doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE, 22 juni 2004.

Droomers, M. et al., "Why do lower educated people continue smoking? Explanations from the longitudinal GLOBE study" *Health psychology*, 2002; 21(3): 263-72

Evenblij M., Kiezen is delen : aanvullingen op de trechter van Dunning: rechtvaardigheid en solidariteit, Assen, 2005

Feenstra ,T.L. et al., Cost effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in The Netherlands, RIVM rapport 260601003, Bilthoven, 2005

Feenstra, T.L. et al., Kosteneffectiviteitsanalyses over de keten van preventie, cure en care, RIVM rapport 270091003, Bilthoven, 2006

Fresco, L.O. en Katan, M., "Alleen minder eten helpt", *De Volkskrant*, 3 februari 2007

Gemeente Rotterdam, Gezond in de Stad, Kadernota openbare gezondheidszorg, 2007 – 2010, 2006

Gezondheidsraad, *Overgewicht en Obesitas*, 28 april 2003a

Gezondheidsraad, Volksgezondheidsschade door passief roken, Den Haag, 2003b

Gezondheidsraad, Plan de campagne. Bevordering van gezond gedrag door massamediale voorlichting. Den Haag, 2006a

Gezondheidsraad, Richtlijnen voor gezonde voeding, Den Haag, 2006b

GGD-Nederland, *Jaarverslag 2005*, 2006

GSB III, Samenwerken aan de Krachtige stad, Uitwerking van het stelsel Grotestedenbeleid 2005-2009, 2004

GSB III, Gezond en wel in de Stad, Integrale aanpak van gezondheidsachterstanden in de steden 2005 – 2009, 2006

Hippocrates, "Nature of Man: Regimen in Health, Humours", in: W. Jones, (ed.), *Aphorisms, Regimen I-III, Dreams, Heracleitus: On the Universe, Vol IV*, London, Harvard University Press, 1931

Hollander, A.E.M. de et al., *Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*, RIVM rapport 270061003, Bilthoven, 2006

Hoogtanders, Y. et al., Naar een sluitende keten van preventie, verzuim en re-integratie, 2006

Jacobs-van der Bruggen, M.A. et al., "Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study", *Diabetes. Care:* 30, 128-34, 2006

Jansen, D. F. et al., "Een causaal verband tussen longkanker en passief roken: het rapport van de Amerikaanse Environmental Protection Agency", *Nederlands Tijdsschrift van Geneeskunde, 138,* p. 500-503, 1994

Jansen, J. et al., Tijd voor gezond gedrag; Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen, RIVM rapport 270555004, Bilthoven, 2002

Joossens L.l., Raw, M., "The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activitity", *Tobacco Control*, 2006; 15: 247-53

Knol et al. Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding, Utrecht, 2005

Kok, H. et al., Handboek Preffi 2.0: richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie, Woerden, NIGZ, 2005

Leest, L.A.T.M. van et al., Hart- en vaatziekten bij allochtonen in Nederland. Een cijfermatige verkenning naar leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte, RIVM rapport 261858006, Bilthoven, 2002

Lindert, H. van et al., Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik, Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004

Mahood, G., *Canada's tobacco package label or warning system*, World Health Organisation, Toronto, 2003

Meijer, S.A. et al., Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen, RIVM Rapport 270672001, 2006

Mensink M, Blaak EE, Corpeleijn E, et al., Lifestyle intervention according to general recommendations improves glucose tolerance, *Obesity Research,* 11 (12): 1588-96), 2003

Ministery of Social Affairs and health Finland, *Health in all policies. Prospects and potentials*, Helsinki, 2006

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, *Programmeringsstudie roken*, 2007

Nierkens, V., Smoking in a multicultural society: implications for prevention : smoking behaviour and its correlates among Turkish, Moroccan and Surinamese people aged 35-60 in the Netherlands, Amsterdam, 2006

Oers, J.A.M. van (red), Gezondheid op Koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002, RIVM Rapport 270551001, Bilthoven, 2002

Philipson, T. & R. Posner, *The long-run growth in obesity as a function of technological change*, National Bureau of Economic Research Working Paper No. 7423, 1999

Prochaska, J.O. et al., "The transtheoretical model and stages of change" in: K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis et al. (red.), *Health behaviour and health education: theory, research and practice*, (pp. 99-120), San Francisco 2002

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Gezondheid en gedrag*, Zoetermeer, 2002a

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Gezondheid en gedrag: achtergrondstudies*, Zoetermeer, 2002b

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Zinnige en duurzame zorg*, Zoetermeer, 2006

Renders, C.M. et al. "Overgewicht en obesitas bij kinderen en adolescenten en preventieve maatregelen", *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148 (42), 16 oktober 2004

Rijksbegroting 2007, hoofdstukken VII, VIII, XIB, XI, XIV, XV en XVI

Saan H., Haes W. de, Gezond effect bevorderen: Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering, Woerden, NIGZ, 2005

SCP, Een gele kaart voor de sport, 2007

Selvanathan, S. en Selvanathan, E., "consumption patterns of food, tobacco and beverages: a cross-country analysis", *Applied Economics* 38, p. 1567-158, 2006

Schuit, A.J. et al., "Effect van 5 jaar community interventie Hartslag Limburg op risicofactoren voor hart- en vaatziekten", *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, (85): 32-6, 2007

Spijkerman R. et al. in: *Tijdschrift Verslaving*: 3 1, 3-12, 2007

SZW, Najaarsrapportage CAO-afspraken 2006, 2006

Trimbos-Instituut, Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2005, Utrecht, 2006

TNO, Preventie in de verzekerde zorg, 2005

TNS-Nipo, De Tabakswet; onderzoek naar hinder en schadelijkheid van passief roken, houding t.a.v. en steun voor rookverboden, December 2003

Vijgen, S.M.C. et al., *Economische evaluatie van preventie*, RIVM rapport 270091001, 2005

Voedsel en Waren autoriteit, Monitor alcoholverstrekking jongeren 2003, 2005

Voedsel en Waren autoriteit, Monitor alcoholverstrekking jongeren 2005; 2006a

Voedsel en Waren autoriteit, Monitor tabakverstrekking jongeren 2005; 2006b

Voedsel en Waren autoriteit, Het aanbod van levensmiddelen op middelbare scholen, 2007

VROM, Actieplan Jeugd, Milieu en Gezondheid (CEHAP), 2006a

VROM, Actieprogramma Gezondheid en Milieu 2002 – 2006, 2006b

Wendel-Vos, G.C.W. et al, Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht - Onderbouwing Nationaal Actieplan Sport en Bewegen, RIVM rapport 260701001, Bilthoven, 2005

Willemsen, M.C., (STIVORO). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Roken, 16 mei 2005

Geraadpleegde websites:

www.erfelijkheid.nl

www.kostenvanziekten.nl

focus.nigz.nl

www.nationaalkompas.nl

Bijlage 4: wat is ongezond gedrag? Aard en omvang van het probleem

Overgewicht/obesitas

Er is sprake van overgewicht wanneer iemand te zwaar is in verhouding tot zijn of haar lengte. Ernstig overgewicht wordt obesitas[104] genoemd.

Aard en omvang van het probleem

- De afgelopen kwart eeuw steeg het aantal mensen met overgewicht van eenderde tot bijna de helft van de bevolking. Het percentage van mensen met obesitas is sinds 1980 verdubbeld van 5 tot 11% van de volwassenen.
- Indien de ontwikkeling zich voortzet zal in 2015 naar schatting 15-20% van de volwassenen in Nederland obees zijn.[105]
- Juist onder kinderen is de toename van overgewicht en obesitas het grootst. In sommige leeftijdsgroepen is het percentage te zware kinderen verdubbeld ten opzichte van 1997.[106]
- Onder lager opgeleiden komt obesitas veel vaker voor dan onder hoogopgeleiden: onder mensen met alleen lager onderwijs is 15,4% van de mannen obees en 17,8% van de vrouwen. Onder mensen met een wetenschappelijk opleidingsniveau is dit 4,7 % van de mannen en 3,4 % van de vrouwen. Er is sprake van een toename onder alle opleidingsniveaus.
- Bij specifieke groepen allochtone Nederlanders wordt aanzienlijk meer overgewicht geconstateerd dan bij autochtone Nederlanders.

Omgevings- en gedragsfactoren worden beschouwd als de belangrijkste oorzaken van de snelle toename in de prevalentie van overgewicht in de afgelopen decennia[107]. Overgewicht ontstaat door een langdurige, veelal subtiele, onevenwichtigheid in de energiebalans (energie-inname – energieverbruik), een combinatie van te energierijke voeding en te weinig lichamelijke activiteit.

energie-inname:

- De toename van het besteedbaar inkomen leidt tot hogere uitgaven aan voeding. Ook kinderen hebben meer geld te besteden.
- Door technologische vooruitgang zijn zowel de reële prijs als de tijdskosten van voedsel en voedselbereiding gedaald. Het relatief goedkoop geworden voedsel is door de toename van verkooppunten en openingstijden bovendien

[104] Overgewicht (BMI = Body Mass Index (BMI) >= 25 kg/m2); ernstig overgewicht (obesitas, BMI >= 30 kg/m2). BMI = maat voor (over)gewicht in kg/m2.

[105] Gezondheidsraad 2003a

[106] De Hollander et al. 2006, pp. 74-75

[107] Zie Renders et al. 2004

bijna voortdurend beschikbaar is, vaak in een vorm die geen verdere verwerking behoeft. Dit laatste is het meest duidelijk te illustreren aan de hand van de opkomst van 'fast food';[108]

energieverbruik:

- Steeds meer vrije tijd wordt in westerse landen besteed aan inactief gedrag zoals tv- en videokijken, videospelletjes en computeren. Er wordt steeds minder vaak buiten gespeeld: na slapen en verblijf op school is televisiekijken bij de Nederlandse jeugd de grootste tijdsbesteding.
- Door technologische vooruitgang zijn de relatieve prijzen voor mobiliteit en beweging veranderd: de directe kosten van mobiliteit (de prijs van autorijden, gebruik van trein, etc.) zijn gedaald ten opzichte van de tijdskosten.
- Door technologische veranderingen is de relatie tussen fysieke inspanning en beloning veranderd. In agrarische en industriële samenlevingen worden mensen betaald voor het verrichten van fysieke inspanning. In onze huidige postindustriële samenleving vereist het meeste werk weinig fysieke inspanning en moet men betalen (direct voor bijvoorbeeld gebruik van fitness apparatuur, indirect in de vorm van opgeofferde vrije tijd) voor fysieke activiteiten.[109]

In de VS wordt vooral gewezen op het effect van de verandering in het voedselpatroon. Hierbij wordt gewezen op de toename van fast-food restaurants, het zeer calorierijke eten in deze restaurants en het gemak dat een (calorierijke) maaltijd kan worden gemaakt, mede in reactie op de schaarse vrije tijd van ouders door de toegenomen arbeidsparticipatie.[110]

De hogere obesitas-prevalentie in bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status hangt voor een belangrijk deel samen met fysieke en sociaal-economische omgevingsfactoren op lokaal niveau die de keuze voor gezond gedrag beïnvloeden (onder andere veiligheid in de buurt, aanwezigheid van veel snackbars, en afhaalrestaurants, attitude ten aanzien van voeding en beweging).[111]
Culturele verschillen in voeding, levensstijlen en ideeën over gezondheidsrisico's zijn eveneens van invloed op gezond gedrag. In sommige allochtone groepen wordt overgewicht bijvoorbeeld als een positief teken (welstand) beschouwd. In Nederland is het risico van overgewicht in Marokkaanse en Turkse gezinnen groter dan voor autochtone gezinnen.

[108] L.O. Fresco et al. 2007

[109] Philipson 1999

[110] Chou et al. 2004; Anderson 2003; Cutler et al. 2003

[111] Gezondheidsraad 2003a

Schadelijk alcoholgebruik

Hoewel matig alcoholgebruik beschermt tegen coronaire hartziekten en beroerte bij (oudere) volwassenen, zijn de schadelijke gevolgen van een overmatig alcoholgebruik talrijk. Zo behoort alcoholverslaving ofwel alcoholafhankelijkheid tot de top-10 van gezondheidsproblemen. Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker en heeft negatieve effecten op diverse organen en systemen van het menselijk lichaam, zoals lever, alvleesklier, centraal zenuwstelsel, immuunsysteem en hart en bloedvaten (bloeddruk).

Aard en omvang van het probleem

- Gemiddeld wordt per persoon ouder dan 15 jaar 10,2 liter pure alcohol per jaar gedronken.
- Circa 14% van de mannen heeft een overmatig alcoholgebruik (dagelijks 3 of meer glazen). Van de vrouwen drinkt circa 10% overmatig (dagelijks 2 of meer glazen). Dit geldt ook voor zwaar alcoholgebruik (minstens 1 dag per week 6 glazen of meer); 19% van de mannen en 4% van de vrouwen is een zware drinker.
- Alcoholafhankelijkheid komt voor bij 3,1% van de jongeren van 13 t/m 17 jaar. Van de leerlingen van het voortgezet onderwijs geeft meer dan de helft aan de afgelopen maand nog alcohol te hebben gedronken. Jongens drinken frequenter en meer alcohol dan meisjes. Bier (jongens) en breezers/premixen (meisjes) worden het meest gedronken.
- Bij jonge meisjes van twaalf tot en met veertien jaar is in 2003 ten opzichte van 1999 een toename in zowel het ooit gebruik van alcohol als gebruik in de laatste maand. Van de leerlingen van het voortgezet onderwijs had in 2003 een hoger percentage ervaring met alcohol dan in 1999 (respectievelijk 85% en 74%). Onder de volwassenen is het percentage overmatig drinkende mannen en vrouwen de laatste jaren niet veel veranderd.
- Zwaar alcoholgebruik komt vooral voor bij mannen met een lage sociaal economische status (SES). Overmatig drinken komt minder vaak voor bij islamieten en gereformeerden dan bij rooms-katholieken. Ook zijn er minder overmatige drinkers onder de groep mensen die frequent een kerk bezoeken of een godsdienstige bijeenkomst bijwonen. Veel minder Marokkanen en Turken drinken alcohol dan autochtone Nederlanders.

Roken

Aard en omvang van het probleem

- Tabaksgebruik is de belangrijkste enkelvoudige oorzaak van ziekte en sterfte: het veroorzaakt 13% van de totale ziektelast, vooral door longkanker, chronische longziekten (COPD) en coronaire hartziekten.[112] In 2003 overleden in totaal ruim 20.000 mensen aan de gevolgen van roken.[113]
- Ongeveer eenderde van de Nederlanders rookt.[114] Het hoogste percentage rokers vinden we in de leeftijdsgroep 25 tot 54 jaar: circa 35% van de mannen en 30% van de vrouwen. Onder ouderen is het percentage beduidend lager, ongeveer 14% van de 65-plussers rookt.[115]
- Het rookgedrag, vooral bij vrouwen, steekt ongunstig af ten opzichte van het EU-gemiddelde.[116] In 1970 rookten Nederlandse mannen nog relatief het meest in Europa, maar in 2004 nemen zij een middenpositie in.
- Na een langdurige daling van het percentage rokers (vooral bij mannen), gevolgd door een stabilisatie in de negentiger jaren, is het percentage rokers de laatste jaren weer verder gedaald. In de jaren negentig rookte circa 33 %, in 2004 is dat nog 28%. Vooral onder vrouwen van 20 tot 35 jaar en mannen van 65 jaar en ouder is het percentage rokers tussen 1980 en 2004 sterk gedaald. Bij oudere vrouwen (65 jaar en ouder) wordt in deze periode geen daling gezien. Zowel onder oudere mannen als vrouwen is het percentage rokers nu circa 15%).
- Onder jongeren daalt het percentage rokers niet. De lichte stijging in het percentage jonge rokers in de eerste helft van de jaren negentig lijkt na 1995/1996 niet meer door te zetten. In de periode 2002-2004 was er een lichte daling te zien. Het percentage rokers is relatief hoog bij 15- tot 19-jarigen. In die leeftijdsgroep geeft 45% van de jongens en 36% van de meisjes aan de afgelopen vier weken wel eens gerookt te hebben.[117]
- Allochtone mannen roken vaker dan autochtone Nederlanders. Dit geldt vooral voor Turkse mannen, gevolgd door Surinamers en Antillianen. Het rookgedrag van allochtone vrouwen komt voor de meeste allochtone groepen grotendeels overeen met dat van autochtone Nederlandse vrouwen. Marokkaanse mannen en vrouwen roken echter minder vaak dan Nederlanders.[118]
- Onder laagopgeleiden komt roken vaker voor dan onder hoogopgeleiden.[119] Laagopgeleiden zijn bovendien minder succesvol in het stoppen met roken dan hoogopgeleiden.[120]

[112] De Hollander 2006, p 65

[113] Willemsen 2005

[114] CBS / STIVORO

[115] Willemsen 2005

[116] De Hollander 2006, p 65

[117] STIVORO, 2004a

[118] Nierkens, 2006; Van Leest et al., 2002; Van Lindert et al., 2004

[119] De Hollander 2006, p 199

[120] Droomers et al., 2002

Bijlage 5: Principes van gezondheidsbevordering n mogelijke instrumenten

Principes van gezondheidsbevordering

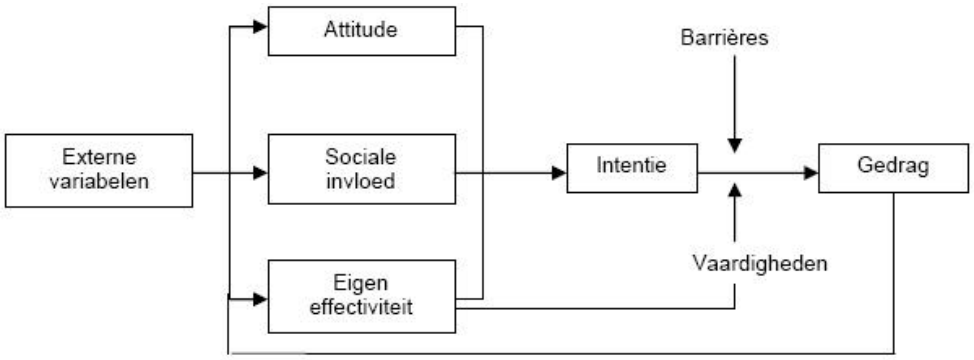
De belangrijkste lessen uit het evaluatie-onderzoek van Saan en De Haes (2005) naar de effectiviteit van gezondheidsbevordering[121] kunnen als volgt worden samengevat:

- (on)gezond gedrag is vaak niet het gevolg van weloverwogen keuzes, maar resultante van cultureel bepaalde gewoontes, stand van de kennis en beschikbare mogelijkheden tot gedragsverandering.
- (on)gezond gedrag wordt sterk beïnvloed door de fysieke en sociale omgeving; dat geldt niet alleen voor kinderen en verslaafden en mensen met een lage sociaal-economische status, maar voor iedereen.
- ook een groot deel van de mensen die zich (in bepaald opzicht) gezond gedragen hebben behoefte aan herbevestiging van de voordelen van hun gezonde gedrag en hulp om verleidingen te weerstaan.
- een grootschalige toename van gezond gedrag vergt daarom een cultuuromslag op meerdere fronten.
- het veranderen van ongezond gedrag in gezond gedrag vereist het doorlopen van een aantal stadia,
- instrumenten zijn soms wel voor het ene stadium effectief maar niet voor het andere,
- instrumenten moeten doelgroep- en situatiespecifiek worden ingezet om effectief te zijn,
- geen enkel bekend instrument is zo effectief dat daarmee iedereen bereikt wordt en zich vervolgens gezond gedrag gaat gedragen.
- instrumenten kunnen (onder voorwaarden) een groter bereik hebben als ze in combinatie worden ingezet.

[121] Saan H, Haes W de. Gezond effect bevorderen. NIGZ. 2005.

Een in Nederland veel gehanteerde theorie over de beïnvloedende factoren (determinanten) van gedragsverandering is het ASE-model[122]. Dit model wordt vooral gebruikt bij voorlichting, begeleidings- en behandelingsprogramma's ter bevordering van gezond gedrag. De theorie stelt dat gedrag verklaard wordt vanuit de intentie om dat gedrag te vertonen en dat de intentie op haar beurt wordt verklaard vanuit drie hoofddeterminanten:

- attitude (A): hoe positief staat iemand ten aanzien van het gedrag (voor- en nadelen)?
- sociale invloed (S): hoe positief staat de omgeving ten aanzien van het gedrag? (waargenomen gedrag, waargenomen meningen, normen, ervaren steun)?
- eigen effectiviteitverwachting (E): kan iemand het gedrag vertonen (mogelijkheden, vaardigheden)?



Figuur 1. ASE-Model van gedragsverandering

Soorten preventieve interventies

Preventieve interventies kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld, naar ziektestadium, doelgroepen, preventievorm, settings en instrumentarium.

De meest bekende indeling is afhankelijk van het ziektestadium: primair: voorkómen van nieuwe ziektegevallen; secundair: zo vroeg mogelijke diagnose; tertiair: voorkómen van erger bij ziekte.

Een tweede, alternatieve indeling betreft doelgroepen:[123] universele preventie is gericht op de gehele bevolking, selectieve preventie is gericht op subgroepen met een *verhoogd* risico (op bijvoorbeeld overgewicht en obesitas) en doelgerichte preventie is een *hoog* risicobenadering van personen, met bijvoorbeeld al wel overgewicht maar nog niet obees.

Een derde indeling betreft de preventievorm:

- gezondheidsbevordering, met name door leefstijlbevordering;
- gezondheidsbescherming, gericht op omgevingsaspecten;

[122] Kok 2005

[123] Gezondheidsraad 2003a p. 92

- ziektepreventie, gericht op voorkómen of vroege signalering middels screening, medicatie en vaccinatie.

Een vierde indeling betreft settings zoals school, werk, wijk en gezondheidszorg.

Mogelijke instrumenten: een groslijst

Tabel 16 bevat een overzicht van een groot aantal mogelijke interventies voor gedragsbevordering, onderscheiden naar type en gedraging. Op deze manier wordt voorkomen dat potentieel interessante interventies buiten beeld blijven.

Tabel 17: mogelijke aanknopingspunten voor overheidsbeleid ter bevordering gezond gedrag

Interventietype	**Algemeen**	**Roken**	**Alcohol /jeugd**	**Alcohol /alg.**	**Voedsel**	**Bewegen**
Informatie	1) Massamediale campagnes 2) Boodschap op maat 3) Juiste, eigentijdse communicatiekanalen benutten met aandacht voor settings en schaal. 4) Inzet helden. 5) Lesprogramma's	Productinformatie/etikettering/waarschuwing				
Behandeling/ begeleiding	1) H-MIS; leefstijladvies; 2) Uitbreiding preventieve zorg in achterstandswijken	Diverse interventies				
Financiële prikkels	1) Zorgverzekering (c.q. VWS-begroting): - op leefstijl gerichte zorg in basispakket; - preventief gebruik van substituut-geneesmiddelen uit basispakket; - differentiatie van verzekeringspremie en eigen bijdragen in de zorg naar gedrag 2) Sociale wetgeving: - inkomenssancties bij verzuim - onverbindend verklaren strijdige cao-bepalingen; - sancties op ongezond gedrag bij sollicitatieplichtige WWB-cliënten 3) Bekostiging gemeenten (algemene of specifieke middelen), zorgverzekeraars (risicoverevening) en scholen richten op gezond gedrag	4) Leefstijlwetgeving: - boetes bij overtreding Drank- en horecawet en Tabakswet; - boetes voor minderjarige kopers, gebruikers en hun ouders. - Intrekking vergunningen. 5) Belastingwetgeving: accijnzen verhogen tot (c.q. richting) kostendekkend niveau 6) Financiële tegemoetkoming rook- en alcoholvrije sportkantine 7) Financiële claims op leverancier bij ziekte			8) laag btw-tarief alleen voor gezond voedsel 9) landbouw subsidies	10) fiscale regeling woonwerk-verkeer (fiets/ lease-auto) 11) stimulering breedtesport
Ge-/ verboden		1) Regulering verkoop- en gebruikslokaties. 3) Regulering verkoop en gebruik door jongeren 4) Regulering reclame 5) productregulering				
Convenanten	Afspraken met bedrijsleven, gemeenten,				Gedragscode voedselaanbod	
Beïnvloeding omgeving	1) Ruimtelijke ordening; Sociale samenhang; 2) Integraal beleid (Health in all policies) 3) Benadering op wijk-/buurt- niveau 4) Gezonde scholen 5) Volkshuisvesting/woningkwaliteit	Vestigingsvergunningen				1) Parkeer-beleid 2) Fiets- en wandelpaden 3) Sport-terreinen

Bijlage 6: (Kosten)effectiviteit van maatregelen: detailbespreking

In deze bijlage wordt meer in detail beschreven wat bekend is over de (kosten)effectiviteit van drie specifieke (overheids)instrumenten ter bevordering van gezond gedrag (roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik), namelijk informatievoorziening in brede zin (inclusief behandeling en begeleiding), financiële prikkels en ge- en verboden. De inhoud en vormen van de instrumenten komt aan de orde, evenals factoren die de effectiviteit kunnen beïnvloeden, waaronder omgevingsfactoren.

1. Informatievoorziening in brede zin

In de welvaartstheorie wordt informatievoorziening breed opgevat. Informatievoorziening in brede zin omvat ook hulp bij gedragsverandering. Naast massamediale campagnes omvat het ook individuele begeleidingsprogramma's. Het kan gaan om massamediale campagnes, websites, foldermateriaal, lesmateriaal voor scholen, cursussen en individuele coaching om vaardigheden aan te leren. Het kan zijn dat alleen de feiten uiteen worden gezet. Het kan een waarschuwing betreffen. Er kan worden verleid tot gezond gedrag. Individuele programma's kunnen zowel binnen de zorg, als daarbuiten plaatsvinden, bijvoorbeeld in scholen, werk of wijk.

De complexiteit van de boodschap van de informatievoorziening verschilt per gedraging. De boodschap over roken kan kernachtig worden samengevat. Voor alcoholgebruik is de boodschap gecompliceerder omdat matig gebruik voor gezonde mensen geen risico's met zich meebrengt. Voor overgewicht is de boodschap complex omdat het om uiteenlopende factoren gaat (voedselkwantiteit en –kwaliteit, mate van bewegen) die per groep verschillen (mannen/vrouwen, jongeren/ouderen, zwangeren). Bovendien vergt het nauwkeurig opvolgen van de beschikbare richtlijnen[124] rekenwerk[125] van de consument bij inkoop, bereiding en inname van voedsel.

Het instrument informatievoorziening moet het opnemen tegen de reclame-uitingen van producenten van voeding, drank en tabak. Vooral jongeren zijn erg ontvankelijk voor reclame en sponsoractiviteiten.[126] Het bedrag dat de overheid uitgeeft aan massamediale gezond gedrag campagnes is zeer beperkt in vergelijking met de reclamebudgetten van bedrijven.

[124] Gezondheidsraad 2006b

[125] Zo is de geadviseerde inname per dag voor vezels 30 tot 40 gram en voor keukenzout maximaal 6 gram

[126] Jansen 2002, p. 120

Vormen van informatievoorziening

Massamediale campagnes

Massamediale campagnes beogen meestal geen gedragsverandering, maar bewustwording en zijn daarin vaak ook in meer of mindere mate effectief. [127] De meeste massamediale campagnes hebben hooguit een bescheiden werking op gedrag, maar er zijn wel degelijk ook massamediale campagnes waarvan bewezen is dat ze ook effectief waren in het veranderen van gedrag. [128]

De Gezondheidsraad meent dat de effectiviteit van massamediale campagnes zou kunnen toenemen door meer gebruik te maken van gedragwetenschappelijke inzichten.[129] Dit vergt een zorgvuldige analyse van het gezondheidsprobleem, het gerelateerde gedrag en de daarmee verbonden persoonlijke en omgevingsdeterminanten. De campagnes moeten dan worden gecombineerd met bijvoorbeeld omgevingsinterventies om het gewenste gedrag gemakkelijker en belonend te maken. Door deze samenloop met andere interventies wordt de aantoonbaarheid van resultaten van campagnes overigens beperkt. Ook ontbreken goede meettechnieken.[130]

Groepsgerichte interventies

De effectiviteit van massamediale campagnes wordt groter bij een meer specifieke benadering.[131] Daarbij wordt rekening gehouden met de kenmerken (belevingswereld, behoeftepatroon e.d.) van onderscheiden doelgroepen als jongeren, ouderen, allochtonen, laagopgeleiden.[132] Een voorbeeld van zo'n specifieke benadering zijn lesprogramma's voor scholieren die, onder voorwaarden, een aantoonbaar effect hebben. Een nuttig onderdeel is dan bijvoorbeeld het inzetten van *peers* (leeftijdgenoten) en rolmodellen ("helden"). Andere observaties zijn een betere werking van een langdurig lesprogramma waarbij verschillende gedragingen tegelijk worden behandeld (integrale leefstijl in plaats van afzonderlijke componenten). Een goed aanbod van lesprogramma's, afgestemd op leeftijdsgroepen en schoolniveau's, is eveneens een voorwaarde.[133] Ook programma's gericht op mensen met een lage SES kunnen wellicht nuttig zijn, maar deze zijn nog nauwelijks voorhanden.

Behandel- en begeleidingsprogramma's

Deze categorie interventies bevindt zich op het snijvlak van gedragsbeïnvloeding en behandeling van gezondheidsproblemen. Bij medische behandelingen (onderzoek, genees- of hulpmiddel, operatief ingrijpen) staat gedragsverandering traditioneel niet centraal, maar het herstellen van de gezondheidsschade.[134] De interventies in deze categorie betreffen medische interventies die wél gericht zijn op gedragsverandering. Deze programma's worden vooral uitgevoerd door verpleegkundigen en paramedici. Individuen kunnen behalve door adviezen ook rechtstreeks geholpen worden bij zich gezonder gedragen. Er zijn tal van programma's om mensen van het roken of drinken af

[127] Gezondheidsraad 2006a

[128] Gezondheidsraad 2006a

[129] Gezondheidsraad 2003a

[130] Jansen 2002, 122 en verder

[131] Jansen 2002

[132] Zo bleek de actie "Quit and win", met kans op geld- en andere prijzen voor wie minstens een maand niet rookte, vooral bij lage SES aan te slaanJansen 2002

[133] Meijer 2006; Jansen 2002; Bemelmans 2004

[134] Cutler 2002

te krijgen of om af te vallen en meer en beter te bewegen. Er kan speciaal op het individu toegesneden advies worden gegeven, zoals bij een dieetadvies, er kan counseling worden gegeven om met bijvoorbeeld verslaving om te gaan, er kunnen farmaceutische hulpmiddelen worden verstrekt, bijvoorbeeld nicotinevervangers of dieetpillen en er kunnen medische ingrepen worden verricht, zoals maagverkleiningen.

Toespitsing informatievoorziening op leefstijlfactoren

Bewegen en voeding

De Gezondheidsraad noemt een scala aan mogelijke maatregelen, die volgens de Gezondheidsraad het beste gelijktijdig en in onderlinge samenhang kunnen worden toegepast.[135]

- regelgeving en voorlichting zijn klassieke beleidsinstrumenten. Zoals in een eerder dit jaar verschenen advies van de Gezondheidsraad is toegelicht, is bij voorlichting een theoretisch en empirisch goed onderbouwde aanpak essentieel. Dat geldt zowel voor voorlichting over gezond eten als voor voorlichting over voldoende bewegen;
- belangrijk is bovendien dat er geen inhoudelijke spanning ontstaat tussen voorlichting door de overheid en productpromotie door het bedrijfsleven. Daarover kunnen onderlinge afspraken worden gemaakt;
- ook via het onderwijs kan een gezonde leefstijl worden bevorderd. Te denken valt aan het inroosteren van eigentijdse en creatieve vormen van voedingseducatie en fitness- en bewegingslessen in adequate accommodaties onder begeleiding van gekwalificeerde leerkrachten;
- verder mag van de overheid worden verwacht dat zij erop let dat voedingsmiddelen die van belang zijn voor een goede voeding voor alle bevolkingsgroepen betaalbaar en in voldoende mate verkrijgbaar zijn.

Ook het bedrijfsleven kan er op verschillende manieren toe bijdragen dat mensen gezonder gaan eten. Leidraad daarbij kan zijn dat de gezonde keuze de gemakkelijke keuze wordt.

- aan de hand van een goede etikettering is het mogelijk de consument adequaat te informeren over de energetische waarde en de voedingsstoffensamenstelling van producten;
- de Gezondheidsraad meent dat bij de productontwikkeling en productaanpassing de voedingsmiddelenindustrie zich zou moeten richten op de in zijn advies aanbevolen wijzigingen in de portiegrootte en de samenstelling van de huidige voeding. Ook restauratieve instellingen, zoals school-, bedrijfs- en sportkantines, en cateringbedrijven kunnen in dit verband een bijdrage leveren.

De commissie wijst er ten slotte nog op dat de overheid het bedrijfsleven bij deze activiteiten kan steunen en stimuleren. Zo kan de overheid nagaan of – en zo ja, in hoeverre – de huidige nationale en Europese regelgeving de gewenste productontwikkeling en productaanpassing in de weg staat.

Leefstijlbegeleiding binnen de gezondheidszorg rondom voedings- en beweeggedrag kan het lichaamsgewicht tegen redelijke kosten verminderen. Een gewichtsverlies van 5% na een jaar kan bereikt worden met begeleidingskosten rond de €150 per patiënt (met een onzekerheidsrange tot €300-€400).[136]

[135] Gezondheidsraad2006a, aanbeveling 97

[136] Bogers et al. 2006

Uit een andere RIVM overzichtsstudie blijkt dat er op het gebied van voeding en bewegen bewezen effectieve voorbeelden van interventies zijn, die bestaan uit informatieactiviteiten en die in de settings school, zorg, sport en wijk zijn uitgevoerd. In de setting werk zijn nog geen effectiviteitstudies voltooid.[137]

Etikettering van bewerkte voedings- en genotmiddelen is in hoge mate gereguleerd. De etikettering betreft de samenstelling van het product en – in toenemende mate – ook een indicatie van de gezondheidseffecten. Er zijn labels voor gezonde voeding en waarschuwingsteksten op sigarettenverpakkingen. Deze waarschuwingen kunnen ook fungeren als tegenwicht tegen verleidende reclame. In EU-landen moet 10% van het verpakkingsoppervlak met waarschuwende tekst zijn bedrukt (hogere percentages voor meertalige landen); in Canada gaat men een stuk verder, namelijk 50% van voor- én achterzijde. De WHO geeft aan dat de effectiviteit van deze maatregel nog zou toenemen wanneer 80% van het oppervlak met waarschuwingsteksten zou worden bedrukt.[138]

Roken

Voor roken is het nodige bekend van de kosteneffectiviteit van verschillende programma's. In de onderstaande tabellen staat een overzicht van kosteneffectieve interventies gericht op roken. De scenario's van de individuele interventies gaan er van uit dat interventies 5 jaar lang bij 25% van de rokers wordt toegepast. In tabel 18 staat de effectiviteit van een aantal interventies op basis van klinische studies. Op basis van de afname van het aantal rokers in de periode 1997-2004 wordt geschat dat het netto-effect van massamediale campagnes tussen de 1,0 en 1,4 procentpunt ligt. Dit betekent een afname van het aantal rokers tussen de 3,3 % en 4,7 %.

Tabel 18: effectiviteit van verschillende interventies[139]

	Stoppercentage (95 % zekerheid)	Verschil in stoppercentage tussen interventiegroep en controlegroep (95 % zekerheid)	Interventiegroep
MC	4,4% (2,5 - 6,2)	0,9% (03 - 2,2)	geen advies
H-MIS	7,9% (4,2 - 15)	4,8 % (1,1 - 12)	geen advies
TC	9% (5,8 - 12)	2,4% (1,1 - 3,7)	minimale interventie
MC+NRT	14% (8,9 - 18)	4,6% (2,5 - 6,7)	kort stopadvies + placebo
IC+NRT	22% (17 - 27)	6,3% (4,0 - 8,5)	intensieve counseling + placebo
IC+BU	17% (13 - 20)	7,3% (3,9 - 11)	intensieve counseling + placebo

MC: kort stopadvies, H-MIS: minimale interventiestrategie huisarts, TC: telefonisch counseling, NRT: Nicotinevervangers, IC: intensieve counseling, BU:Bupropion,

Het scenario van de massamediale campagne gaat uit van 0,2 tot 2,1 procentpunt daling van het aantal rokers. Voor de accijnzen is het scenario als volgt: een éénmalige accijnsverhoging van 20% veroorzaakt in het eerste jaar een daling van de prevalentie van roken van 1,2 procentpunt door een toename van het aantal stoppers. In de volgende jaren neemt het effect van de prijsverhoging op rookgedrag langzaam af doordat rokers gewend raken aan de hogere prijs.

[137] Wendel-Vos, G.C.W. et al. 2005

[138] Mahood 2003

[139] Feenstra et al. 2005

Tabel 19 Kosteneffectiviteitratio's voor lange termijn (100 jaar, 4% disconto, prijsniveau 2004)[140]

	Interventiekosten (mln €)	effect op totale zorg-kosten, exclusief interventiekosten (mln €)	Gewonnen QALY	Interventiekosten + totale zorgkosten per QALY	Waarvan lange termijnkosten
MC	19	25	5.000	9.100	5.200
H-MIS	96	140	27.000	8.800	5.200
TC	470	150	29.000	21.500	5.500
H-MIS + NRT	660	410	80.000	13.400	5.200
IC + NRT	1.400	620	120.000	16.600	5.600
IC + BU	1.300	590	115.000	16.600	5.600
MMC minimaal	6 tot 8	40	7.000	5.200 tot 6.100	5.000 tot 6.000
MMC maximaal	6 tot 8	380	75.000	5.200 tot 6.100	5.000 tot 6.000
Accijns	0	320	63.000	5.100	5.100

MC: kort stopadvies, H-MIS: minimale interventiestrategie huisarts, TC: telefonisch counseling, NRT: Nicotinevervangers, IC: intensieve counseling, BU:Bupropion, MMC, massamediale campagnes

Voor roken is van zes op het individu gerichte interventies de kosteneffectiviteit bekend. Een gestructureerd advies door de huisarts[141] (H-MIS) en een kort stopadvies zijn de meest doelmatige interventies van individuele hulp bij stoppen met roken en kosten ongeveer € 9.000 per QALY.[142]

Voor roken is ook onderzoek gedaan naar interventies specifiek gericht op scholieren. Het ging hier om drie schoolprogramma's. De kosteneffectiviteit van deze programma's lag tussen € 18.900 en € 23.000 per QALY.[143]

Er is voor zwangere vrouwen zowel een speciale minimale interventiestrategie door de huisarts als een speciale minimale interventiestrategie door de verloskundige beschikbaar (H-MIS en V-MIS). Deze interventies om te stoppen met roken tijdens de zwangerschap zijn effectief. Ook zijn er een aantal effectieve rookinterventies beschikbaar die specifiek gemaakt zijn voor zorgsettings zoals de thuiszorg en de psychische hulpverlening.[144] Deze ondersteuningsinterventies worden zonder financiële vergoeding (gratis) dan wel onder de kostprijs uitgevoerd.

Er wordt verondersteld dat rookgedrag van jongeren mede afhankelijk is van de percepties die jongeren hebben over het imago van rokers. Uit onderzoek blijkt dat als jongeren een relatief positief beeld hebben over de prototypische roker, zij meer roken dan wanneer zij een relatief negatief beeld hebben van rokers. Er zijn interventies die er op gericht zijn om deze beelden te veranderen: het beeld van rokers minder positief maken en/of het beeld van niet-rokers positiever. Amerikaanse studies laten een gunstig effect zien op de intentie om niet te gaan roken. Deze studies hebben echter niet het effect gemeten op rookgedrag.[145]

[140] Feenstra et al. 2005

[141] De begeleiding bij het stoppen met roken kan door verschillende hulpverleners worden aangeboden, naast huisartsen door bijvoorbeeld praktijkondersteuners, verloskundigen maar ook GGD'en of een life style coach

[142] Feenstra et al. 2005

[143] Van Baal et al., 2005

[144] NIGZ 2007

[145] Spijkerman et al. 2007

Alcohol

Voor alcoholverslaafden zijn er meerdere behandelprogramma's, van zelfhulpcursussen en internetcursussen tot intramurale behandeling die effectief zijn.[146]

2. Financiële prikkels

Financiële prikkels kunnen op verschillende schakels van de keten worden gericht: de eindschakel is uiteraard de burger zelf, intermediaire schakels zijn aanbieders van gezonde c.q. ongezonde producten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, werkgevers en mede-overheden.

De inkomensrisico's van ongezondheid door ongezond gedrag kunnen via een verzekering worden beperkt en uitgesteld. In ons land bestaan hierover wettelijke regelingen voor zowel werknemers als zelfstandigen. De effectiviteit van inkomensprikkels is beperkt door de aanzienlijke *time-lag* tussen het gedrag, het feitelijk ontstaan van ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid en het uiteindelijk optreden van de inkomensschade. Inkomensprikkels zijn voorts institutioneel beperkt. Wettelijke regelingen bevatten bepalingen over inkomensverlaging bij ziekte en arbeidsongeschiktheid, maar in cao's zijn deze risico's voor de werknemer feitelijk beperkt. Het belang bij een gezonde werknemer lijkt daarmee vooral bij de werkgever te liggen, die productieschade lijdt en bij ziekte loon moet doorbetalen.
Eenmaal arbeidsongeschikte werknemers kunnen worden geprikkeld tot herstel en reïntegratie. De financiële beloning is het verschil tussen de uitkering en het te verdienen loon. Hier is de armoedeval relevant; dat wil zeggen dat de netto inkomensstijging bij werkhervatting onvoldoende kan zijn.

Accijnzen en kostprijsverhogende belastingen

Prijsverhogende accijnzen geven een financiële prikkel om minder te roken of te drinken. Een probleem bij (hoge) accijnzen of kostprijsverhogende belastingen is belastingontduiking door smokkel en illegale productie. Het vrije verkeer van goederen, zoals dat binnen de EU geldt, maakt het bovendien moeilijker om een geheel eigen accijnsregime te voeren.

Internationaal wordt een prijselasticiteit[147] van tabak van -0,3 à -1 gevonden. De omvang van het effect verschilt tussen consumptie van tabak, al dan niet beginnen met roken, stoppen met roken, en verschilt tussen jongeren en ouderen en tussen vrouwen en mannen. Het effect van prijsverhogingen op jongeren is groter dan op ouderen en effecten op al dan niet beginnen met roken zijn groter dan op stoppen met roken en de totale consumptie. Accijnzen zijn ook afhankelijk van inkomensniveau: hoe hoger het inkomen, hoe minder effect ze hebben.[148] Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat de kosteneffectiviteit van accijnzen op tabak op € 5.100 per QALY liggen (KEA incl. zorgkosten op lange termijn).[149]

[146] Meijer 2006

[147] Een prijselasticiteit van -0,5 betekent dat als de prijs met 10 procent omhoog gaat, het gevraagde volume met 5% daalt.

[148] Cutler et al. 2006

[149] Jansen et al. 2002, p 122, zie ook Feenstra et al. 2005, Cutler et al. 2006

Alcohol kent een lagere prijsgevoeligheid dan tabak, hoewel deze per product (dure versus goedkope drank) sterk kan verschillen. De gemiddelde prijselasticiteit bedraagt ongeveer -0,4.[150] Bij alcoholische drank zijn er veel substitutiemogelijkheden van goedkope door dure drank en door consumptie thuis in plaats van in de horeca. Ook voor alcohol geldt dat jongeren eerder dan ouderen worden afgeschrikt door hoge prijzen. Daarentegen zal een prijsactie als een *happy* hour (een tijdvak waarin lagere prijzen worden gehanteerd) en een *flatrate-party* (onbeperkt drinken voor een vast bedrag) het drankgebruik verhogen. De kosteneffectiviteit van accijnzen op alcohol is niet bekend, ondermeer omdat gezondheidseffecten van veranderende alcoholconsumptie moeilijk zijn te meten.[151]

Subsidies

Bewegen:
De overheid geeft diverse subsidies om bewegen te stimuleren. In de setting werk worden woon-werkverkeer met de fiets en bedrijfsfitness gestimuleerd via fiscale regelingen. Er is bewijs voor de effectiviteit van deze regelingen. De overheid subsidieert ook breedtesport, wat prijsverlagend werkt. Er is bewijs dat deze maatregel effectief is in het stimuleren van meer bewegen.[152]

Voeding
In beginsel is het mogelijk om gezonde voeding te stimuleren via financiële prikkels. Er zijn echter geen interventies bekend die dit doen, waardoor niets gezegd kan worden over de (kosten)effectiviteit van dit type maatregel. Ongezond voedsel kan ontmoedigd worden met financiële prikkels. Er worden momenteel geen specifieke accijnzen geheven over ongezond, calorierijk voedsel, de zogenaamde vet-tax. Wel vallen voedingsmiddelen in ons land onder het lage BTW-tarief. De prijselasticiteit van voeding bedraagt ongeveer -0.2.[153] Het is op dit moment niet mogelijk om te voorspellen wat het gevolg zou zijn van prijsmaatregelen, omdat substitutie-effecten moeilijk in te schatten zijn, waardoor onbedoelde en onvoorspelbare neveneffecten kunnen optreden.[154]

3. Ge- en verboden

Het juridische instrument van ge- en verboden wordt toegepast bij zowel alcohol als roken. Ge- en verboden worden niet toegepast op voeding of beweging. Voedsel wordt niet op basis van zijn bijdrage aan obesitas verboden en beweging wordt niet verplicht gesteld.

Alcohol
De schadelijke gevolgen van alcohol in het verkeer worden tegengegaan door een verbod om meer dan 0,5 promille in het bloed te hebben tijdens deelname aan het verkeer. Dit verbod wordt door middel van controles gehandhaafd.

[150] Selvanathan et al. 2006

[151] Babor et al. 2003

[152] Wendel-Vos, G.C.W. et al. 2005

[153] Selvanathan et al. 2006

[154] Boer et al. 2006

Het verbod op het verkopen van alcohol aan jongeren is niet effectief: volgens de Voedsel- en Warenautoriteit is de slagingskans van jongeren onder de 16 om alcohol te kopen boven de 90%. Dit geld voor alle typen ondernemingen en alle leeftijdscategorieën. De slagingskans is het hoogst binnen de horeca: 97% voor sterke drank en 98% voor zwakalcoholische drank.[155]

Jongeren zijn minder risicomijdend dan ouderen en meer geneigd de grenzen van het toelaatbare op te zoeken. Hoewel het verboden is bier en wijn te verkopen aan jongeren onder de 16 en sterke drank aan jongeren onder de 18, lijken jongeren zonder al te veel moeite toegang te hebben tot drank. Mogelijke redenen hiervoor zijn: onvoldoende handhaving van het verkoopverbod en onvolledige regelgeving. Handhaving is niet van dien aard dat het voor winkeliers en horeca-exploitanten oninteressant is om drank aan minderjarigen te verkopen. De regelgeving is mogelijk onvolledig omdat het verkoopverbod alleen geldt ten opzichte van commerciële verkopers. Een volwassene die voor jongeren alcohol of het aan hen doorverkoopt koopt is niet strafbaar. Ook de jongere zelf is niet strafbaar.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat het verhogen van de minimumleeftijd om te mogen drinken een sterk effect heeft op drankconsumptie onder jongeren, mits dit verbod strikt gehandhaafd wordt. Dit effect werkt een tijd door nadat jongeren de minimumleeftijd hebben bereikt.[156]

De kosten van het beperken van de verkrijgbaarheid van alcohol zijn relatief laag in vergelijking met de kosten van de gevolgen van alcoholmisbruik. Het beperken van de verkrijgbaarheid van alcohol is daarmee een kosteneffectieve methode.[157]

Alcoholreclame leidt tot meer alcoholconsumptie, zowel onder jongeren als volwassenen. Jongeren lijken echter extra kwetsbaar. Zelfregulatie door de alcohol- en reclame-industrie lijkt uit onderzoek niet een erg effectieve maatregel om drankgebruik onder jongeren tegen te gaan. Probleem is dat de regels vaak te vaag zijn en niet strikt worden gehandhaafd. Een alternatief is een door de overheid opgelegde beperking of verbod op alcoholreclame. Het is onduidelijk hoe effectief dergelijke wetgeving is: het ene onderzoek vindt een daling van alcoholgebruik, ander onderzoek niet.[158]

<u>Roken</u>

Na het invoeren van de rookvrije werkplek, het rookvrije personenvervoer, een forse accijnsverhoging, een grote massamediale campagne en daaraan voorafgaand de invoering van een leeftijdsgrens, reclame- en sponsoringsverbod, meer handhaving en gezondheidswaarschuwingen op de verpakking in de periode 2001-2004 is de totale consumptie van rookwaren met 9 % en het aantal rokers met 10% (400.000 personen) verlaagd[159]. Ook is het aantal situaties waarbij niet-rokers worden blootgesteld aan meeroken flink gedaald. Rookverboden hebben daarmee bijna zeker een aanzienlijk effect gehad op de incidentie van zowel roken als meeroken. Er zijn geen studies uitgevoerd over de effectiviteit (gezondheidswinst) of de kosteneffectiviteit van deze verboden, zodat hierover niet met zekerheid conclusies zijn te trekken. Het is

[155] VWA 2005

[156] Babor et al. 2003

[157] Babor et al. 2003

[158] Babor et al. 2003

[159] CBS 2006

waarschijnlijk echter een kosteneffectief instrument: de kosten zijn relatief laag, terwijl de baten, in termen van minder rokers en minder overlast voor niet-rokers aanzienlijk zijn.

Voeding

Op het gebied van voeding bestaan wel ge- en verboden met betrekking tot voedselveiligheid, maar niet gericht op gezond gedrag. Ook internationaal zijn geen voorbeelden bekend.

Bewegen

Er zijn geen ge- of verbodsinterventies voor bewegen bekend.

Bijlage 7: Kosten-effectiviteitratio's van interventies in gezondheidsbescherming, ziektepreventie en curatieve zorg

In tabel 1 zijn resultaten van een aantal kosteneffectiviteitanalyses van respectievelijk ziektepreventie, gezondheidsbescherming en curatieve interventies opgenomen.
Bij de berekening van de ratio's is uitgegaan van de zogenaamde traditionele KEA-ratio's. Dat wil zeggen dat in deze tabel zijn naast de kosten van de interventie ook de besparingen op zorgkosten als gevolg van de interventie zijn meegenomen, maar niet de extra zorgkosten tijdens gewonnen levensjaren. Binnen de curatieve gezondheidszorg en bij farmacoeconomische evaluatiestudies worden de kosteneffectiviteitratio's tot op heden vooral op deze traditionele manier uitgevoerd, dus zonder rekening te houden met medische kosten in gewonnen levensjaren.

Er bestaan onzekerheidsmarges rond de kosteneffectiviteitratio's van elke interventie, en de hoogte van de ratio is afhankelijk van de precieze doelgroep(en) waarop de interventie betrekking heeft en de effectiviteit van de interventie voor die doelgroepen. [160]

Tabel 19: Range van kosten-effectiviteitratio's naar domein van gezondheidszorg en preventie (KEA's zonder dat zorgkosten in gewonnen levensjaren zijn meegenomen) [161] [162]

Domein	Interventie	Kosten / QALY (in €)
Ziektepreventie	Rijksvaccinatieprogramma	Besparend
	Hielprik	Besparend
	Screening zwangeren syfilis	Besparend
	Influenzavaccinatie ouderen met chronische ziekten	Besparend

[160] De kosteneffectiviteit hangt sterk af van wanneer de interventie wordt toegepast. Een levertransplantatie bij een verder gezonde patiënt kost € 19.000 per QALY, een levertransplantatie bij een alcoholicus kost 147.250 per QALY. Screeningsprogramma's zijn aanzienlijk kosteneffectiever wanneer ze op risicopatiënten zijn gericht: screenen voor buikaneurysma's heeft een kosteneffectiviteit van € 9.500 per QALY, ongerichte screening heeft een kosteneffectiviteit van € 45.000 per QALY.

[161] Van Oers 2002

[162] Gewoonlijk geven KEA-studies een hele reeks KEA-ratio's op een gedetailleerder niveau waarbij de kosteneffectiviteit per patiëntengroep wordt benaderd. Zie: Cost-effectiveness analysis registry website van Tufts New England Medical Center. Zo worden bij een studie naar de kosteneffectiviteit naar maagverkleiningen 10 verschillende groepen onderscheiden op basis van mate van overgewicht, leeftijd en geslacht, waarbij de gunstigste ratio $ 5.500 per QALY is en de minst gunstige $ 36.000 per QALY.

	Meningokokkenvaccinatie	1.000-10.000
	Hypertensiebehandeling	1.000-10.000
	Influenzavaccinatie alle ouderen	1.000-10.000
	Cholesteroltest / voedingsadvies	1.000-10.000
	Bevolkingsonderzoek borstkanker	1.000-10.000
	Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	10.000-100.000
	Pneumokokkenvaccinatie ouderen	10.000-100.000
	Behandeling hypertensie met ACE-remmers	10.000-100.000
	Cholesterolremmers ter preventie hart- en vaatziekten	10.000-100.000
Gezondheidsbescherming	Rookmelder in woningen	Besparend
	Reductie lood expositie	Besparend
	Verplichting veiligheidsgordel	0-1.000
	Praktijkexamen bromfiets	0-1.000
	Chlorering drinkwater	1.000-10.000
	Periodieke autokeuring	10.000-100.000
	Airbags	10.000-100.000
	Verbod asbest in remblokken	10.000-100.000
	Reductie radon in woningen	100.000-1.000.000
	Legionellabestrijding waterleidingsysteem	100.000-1.000.000
Medische zorg	Ziektemanagement bij astma	0-1.000
	Behandeling aangeboren breuk van het middenrif	1.000-10.000
	Pacemaker	1.000-10.000
	Bypass operatie	1.000-10.000
	Stroke-units	1.000-10.000
	Viagra	1.000-10.000
	Harttransplantatie	10.000-100.000

Heupvervanging artrose	10.000-100.000
Niervervangende behandelingen	10.000-100.000
Helikopter traumateam	10.000-100.000
Longtransplantatie	10.000-100.000
Methadonbehandeling van opiumverslaving	10.000-100.000
Medicinale behandeling borstkanker	10.000-100.000
Medicinale behandeling prostaatkanker	10.000-100.000
Medicinale behandeling rheumatoïde artritis	10.000-100.000
Neurochirurgie hersentumoren	100.000-1.000.000
EPO bloedarmoede bij nierdialysepatiënten	100.000-1.000.000

Er is een grote spreiding in kosteneffectiviteitratio's *binnen* elk domein. Sommige interventies zijn kostenbesparend in de zin dat de kosten van de interventie lager zijn dan de medische kosten die door de ziekte veroorzaakt worden en door de interventie worden uitgespaard, maar er zijn ook voorbeelden van interventies binnen de curatieve zorg en de gezondheidsbescherming die € 100.000 of zelfs meer dan 1 miljoen € per QALY kosten.

Ten slotte zijn er verschillen *tussen* de domeinen. Uit de vorige paragrafen van dit hoofdstuk bleek dat de gevonden voorbeelden van bewezen effectieve interventies binnen het domein van gezondheidszorg waarvan de kosteneffectiviteit bekend is alle minder kosten dan € 20.000 per voor kwaliteit gecorrigeerde gewonnen levensjaar (QALY), terwijl in de andere domeinen naast lage ook (veel) hogere bedragen worden gevonden.[163]

[163] Complexe chirurgische ingrepen (orgaantransplantaties) hebben bijvoorbeeld een ongunstiger partiële kosten effectiviteit ratio dan bijvoorbeeld rookinterventies (tabel Y). Dit komt door de zeer hoge kosten van deze ingrepen mede door het lange verblijf op de intensive care.