

# Publieke gezondheid

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan  
de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2006

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 340 50 60

Fax 070 340 75 75

E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: Quantes, Rijswijk

Uitgave: 2006

ISBN-10: 90-5732-176-9

ISBN-13: 978-90-5732-176-4

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net))  
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van  
publicatienummer 06/10. De prijs van de publicatie is € 15,00.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

## Een nieuwe beleidsstrategie voor lastig aan te pakken volksgezondheidsproblemen

### Welk probleem lost dit advies op?

Een aantal volksgezondheidsproblemen zoals overgewicht, vallen bij ouderen en psychische problemen blijkt hardnekkig. Voor deze problemen zijn nieuwe beleidsstrategieën nodig. Dit advies reikt zo'n strategie aan.

### Wat zijn de gevolgen voor de consument?

De consument zal meer betrokken worden bij initiatieven om zijn gezondheid te verbeteren. Niet alleen door de arts of de zorgverzekeraar, maar ook in de supermarkt, op het werk en op school. Er zal vaker actieve inzet van hem gevraagd worden.

### Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Zorgverleners krijgen meer preventie en vroege opsporing in hun takenpakket. Ze merken dat in de richtlijnen voor hun beroepsuitoefening, maar zullen ook steeds vaker gevraagd worden deel te nemen aan lokale initiatieven voor verbetering van gezondheid.

### Wat kost het?

Voor een deel kan het geld voor preventie met deze strategie effectiever worden ingezet. Maar gezondheid kost nu eenmaal geld. Daar staat tegenover dat er ook opbrengsten zijn. Ze komen terecht op verschillende terreinen. Zo is een gezonde bevolking bijvoorbeeld een basis voor een welvarende maatschappij.

### Wat is nieuw?

Voor de aanpak van de meeste actuele volksgezondheidsproblemen werken de bestaande methoden onvoldoende. Een effectieve aanpak vereist het opzetten van een proces waarin alle betrokkenen samen kunnen werken aan de aanpak en kunnen leren. Aansluiten bij bestaande belangen, deze waar nodig proberen te beïnvloeden, veelbelovende initiatieven faciliteren en ruimte bieden voor creativiteit en betrokkenheid zijn de belangrijkste elementen.



## Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Aandacht voor gezondheid</b>	<b>13</b>
1.1	Gezondheid bedreigd	13
1.2	Op zoek naar verbetering	14
1.3	Functie van het advies	15
1.4	Definities en afbakening	15
<b>2</b>	<b>Investeren in gezondheid</b>	<b>16</b>
2.1	Soorten doelstellingen	16
2.2	Algemene gezondheidsproblemen	16
2.3	Inspanningen per leeftijdsgroep	17
2.4	De opbrengsten van de inspanningen	17
2.5	Conclusie	18
<b>3</b>	<b>De weerbarstige praktijk</b>	<b>19</b>
3.1	Vier voorbeelden	19
3.2	Overgewicht bij kinderen	19
3.3	Psychische problemen op de werkvloer	21
3.4	Vallen bij ouderen	23
3.5	Fijn stof	25
3.6	Bespreking en conclusies	27
<b>4</b>	<b>Een andere aanpak</b>	<b>30</b>
4.1	Nieuwe beleidsstrategie	30
4.2	Maatwerk organiseren	30
4.3	Brede betrokkenheid creëren	32
4.4	Samenwerken met andere sectoren	36
4.5	Internationale contacten benutten	38
4.6	Kennisontwikkeling verbeteren	38
4.7	Conclusie	40
<b>5</b>	<b>Naar meer gezondheid</b>	<b>41</b>
5.1	Visie van de raad	41
5.2	Antwoorden op de beleidsvragen	43
5.3	Aanbevelingen	44

	<b>Bijlagen</b>	<b>49</b>
1.	Onderdeel uit het Werkprogramma 2005: Publieke gezondheid	51
2.	Adviesvoorbereiding	53
3.	Definities	57
4.	Overzicht belangrijkste volksgezondheids- problemen	61
5.	Achtergrondstudie: Een preventieparadox?	69
6.	Bijeenkomst met zorgverzekeraars in het kader van het advies Publieke gezondheid op 3 februari 2006 in Utrecht	105
7.	Literatuur	127
8.	Lijst van afkortingen	129
	Overzicht publicaties RVZ	131

# Publieke gezondheid

## Samenvatting

### Welke vraag staat hier centraal?

De minister van VWS vindt dat Nederland zijn plaats in de top vijf van Europa's gezondste landen moet heroveren. Gezondheid is voor veel mensen belangrijk én gezonde burgers kunnen helpen om belangrijke doelstellingen in onze samenleving te realiseren, zoals langer doorwerken en optimale maatschappelijke participatie.

Onze samenleving nodigt echter steeds meer uit tot ongezonde keuzes. Gemak, economische groei en welvaart blijken erg belangrijk. Bovendien is investeren in gezondheid een zaak van de lange termijn. De kosten gaan – vaak ver – voor de baten uit. Dat past niet zo goed in de huidige samenleving die gericht is op de korte termijn, snel resultaat wil en zich laat leiden door de actualiteit van de dag.

Niets doen is echter geen optie. Daarvoor zijn de bedreigingen te groot. Zo stijgt de levensverwachting weliswaar, maar blijft deze vooral voor vrouwen achter op het Europese gemiddelde. Overgewicht, diabetes mellitus, angststoornissen en depressies nemen toe. Vooral onze jeugd en sociaal zwakkere groepen zijn de slachtoffers. Dat laten de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM zien (RIVM, 2006).

Daarom vraagt de minister de raad welke volksgezondheidsproblemen in de komende tijd aandacht vragen, waarom het zo lastig blijkt volksgezondheidsproblemen aan te pakken en hoe dat beter zou kunnen. En vooral wil hij ook weten: hoe kan de samenleving daarbij betrokken worden?

De hoofdboodschap van dit advies is dat het beleid beter afgestemd kan worden op de eisen die voortvloeien uit het steeds complexer worden van volksgezondheidsproblemen. Complexiteit van volksgezondheidsproblemen wordt gekenmerkt door het feit dat de kennis over het precieze gezondheidsrisico en de meest effectieve interventies nog beperkt is. Een tweede kenmerk is dat een grote groep van zeer verschillende actoren betrokken moet worden bij de aanpak.

Tot nu toe is vooral geprobeerd de aanpak van volksgezondheidsproblemen van boven af te sturen met wet- en regelgeving, binnen een vaste verdeling van verantwoordelijkheden. Deze benadering is effectief als er weinig onzekerheid is over het risico en veel kennis beschikbaar is over de aanpak, en als een overzichtelijke groep van betrokkenen nodig is bij

de aanpak. Voorbeelden zijn vaccinaties en de bestrijding van sommige infectieziekten.

Een effectieve aanpak van complexe volksgezondheidsproblemen vereist echter een andere benadering. Dan is nodig: een proces waarin alle betrokkenen samen kunnen werken aan de aanpak. Zij zullen daartoe gemotiveerd zijn als duidelijk wordt wat hun belang is. Soms vereist dat actieve beïnvloeding van belangen. Verder moeten kansrijke initiatieven ruimte krijgen, en moeten creativiteit en betrokkenheid optimaal benut worden.

In die zin is dit advies dus een complementair advies: het biedt een aanvulling op de bestaande beleidsstrategieën die geschikt zijn voor minder complexe problemen. Het advies reikt een nieuwe benadering aan, juist waar de oude strategieën minder effectief zijn gebleken, namelijk bij het aanpakken van complexe problemen.

Daarmee richt de raad zich tot het nieuwe kabinet. De VTV 2006 en de nieuwe Nota Volksgezondheidsbeleid (najaar 2006) beschrijven de meest urgente aandoeningen en risicofactoren. Het nieuwe kabinet is aan zet om effectief beleid in te zetten.

#### **Op welke problemen moeten de inspanningen zich richten?**

De scan (zie de achtergrondstudie bij dit advies) die de RVZ heeft gemaakt op basis van de databases van de verschillende kenniscentra, laat zien dat voor de bevolking als geheel vooral overgewicht, diabetes mellitus, angststoornissen, depressies en dementie aandacht vragen. Ook risicofactoren als roken vragen aandacht.

Deze problemen vertonen een sterke groei. Elke leeftijdscategorie heeft daarnaast eigen aandachtspunten. Daarbinnen vragen de sociaal zwakkeren extra beleid. VWS heeft de belangrijkste volksgezondheidsproblemen goed in beeld.

Investeren op die punten loont ook, want het schept de voorwaarden voor het bereiken van maatschappelijke doelstellingen als langer doorwerken, maatschappelijke participatie en meer arbeidsproductiviteit. Een probleem hierbij is wel dat het rendement van de individuele preventieprogramma's vaak moeilijk te beoordelen is.

Het verleden laat echter zien dat bepaalde inspanningen de gezondheid van de bevolking sterk kunnen verbeteren. En welvaart blijkt sterk gecorreleerd met gezondheid. Dat betekent wel dat we de opbrengsten van gezondheid breder moeten definiëren dan alleen reductie van de kosten van de curatieve zorg.



### Waarom is de aanpak van volksgezondheidsproblemen vaak lastig?

Het antwoord op deze vraag kan alleen in de praktijk gevonden worden. Daarom heeft de raad vier lastig aan te pakken voorbeeldproblemen (casussen) geanalyseerd (overgewicht bij kinderen, psychische problemen in de arbeidssituatie, vallen bij ouderen en fijn stof). Voor elke casus is uitgebreid literatuuren veldonderzoek gedaan en gekeken naar de rollen van de verschillende actoren.

De vier casussen laten goed zien waarom de aanpak zo lastig is (zie onderstaand schema). Zij hebben namelijk een aantal kenmerken gemeen: er is onzekerheid over het gezondheidsrisico, effectieve interventies ontbreken en er is een groot en divers aantal actoren nodig bij de aanpak. Die hebben echter uiteenlopende belangen en komen uit andere sectoren met hun eigen cultuur.

	Overgewicht bij kinderen	Psychische (arbeid) problemen	Vallen bij ouderen	Fijn stof
<b>Onzekerheid kennis</b>				
- Onzekerheid over risico	Gemiddeld	Gemiddeld	Klein	Gemiddeld tot groot
- Onzekerheid over interventies	Groot	Gemiddeld	Klein	Gemiddeld
<b>Aanpak moeilijk aan te sturen</b>				
- Aantal determinaten (aangrijpingspunten)	Groot	Gemiddeld	Groot	Gemiddeld
- Diversiteit actoren	Groot	Gemiddeld	Gemiddeld	Groot
- Aantal sectoren (cultuurverschillen)	Groot	Gemiddeld	Gemiddeld	Groot
- Diversiteit doelen en belangen	Gemiddeld	Groot	Gemiddeld	Groot

Bron: RVZ, 2006

Hoe meer van deze kenmerken een volksgezondheidsprobleem heeft, hoe lastiger het aan te pakken is. Door de onzekerheid over het gezondheidsrisico (fijn stof) en door het gebrek aan effectieve interventies (overgewicht), ontbreken bijvoorbeeld de objectieve argumenten om alle actoren op één lijn te krijgen. Er is dan geen onontkoombare urgentie en succes is niet verzekerd. Het beleid blijkt niet te beschikken over een effectieve strategie wanneer de kennis nog in ontwikkeling is en veel actoren, met de cultuurverschillen en belangentegenstellingen die daar bij horen, een rol hebben in de aanpak. Samenwerking komt niet van de grond, onder andere omdat er geen platform of overlegstructuur is om de partijen samen te brengen. De boodschap dat gezondheid belangrijk is komt bovendien niet aan als elke actor weer een andere visie en een afwijkend doel heeft hoe bevlogen deze boodschap ook gebracht wordt.

Een andere belangrijke handicap die de casussen aan het licht brengen, is dat de kennisinfrastructuur er niet op is ingericht om de vragen te beantwoorden die bij deze complexe problemen spelen. De mogelijkheden voor opdrachtverlening zijn te beperkt. Verder is de versnippering van de kennisontwikkeling niet effectief. Ook werkt de huidige financiering in de hand dat onderzoek wordt gestuurd vanuit de overheid, en niet, zoals vaak nodig is, vanuit de eisen van het probleem.

#### **Hoe ziet een effectieve aanpak eruit?**

Hoe meer kenmerken van complexiteit een probleem heeft, hoe belangrijker het wordt een beleidsstrategie te kiezen die daar rekening mee houdt. Hoe ziet een effectieve beleidsstrategie voor complexe volksgezondheidsproblemen eruit?

#### **Maatwerk organiseren**

Naarmate volksgezondheidsproblemen complexer zijn, wordt het belangrijker maatwerk te organiseren. De overheid is en blijft verantwoordelijk voor de aanpak. Als andere actoren zich opwerpen als probleemeigenaar (zie vallen bij ouderen), dan kan de overheid de verantwoordelijkheid delegeren en de initiatiefnemers ondersteunen. Vaak leidt dat namelijk tot brede betrokkenheid. Als financiële prikkels of regulering nodig zijn, is de overheid uiteraard aan zet.

Wie het initiatief ook neemt, de aanpak van een complex probleem vraagt een proces dat samenwerking en kennisontwikkeling (leren) mogelijk maakt. Onzekerheid over risico's en aanpak is het uitgangspunt, de diversiteit van de actoren moet zoveel mogelijk benut worden, en belangentegenstellingen hoeven niet allemaal opgelost te worden.

Eerst moet gewerkt worden aan een gezamenlijke visie. Daarna komt aan de orde wat actoren kunnen bijdragen aan de oplossing. Zo kunnen interventies uit de gezondheidszorg, maar ook uit wetenschap, techniek en bedrijfsleven, gecoördineerd, uitgevoerd en geëvalueerd worden.

#### **Betrokkenheid organiseren**

Het is aan de organisator om een samenwerkingsverband of platform te vinden of te creëren. Betrokkenheid van actoren bij volksgezondheid is echter lang niet altijd vanzelfsprekend, en afdwingen is vaak niet mogelijk en ook niet wenselijk. Gezondheid is vaak slechts één van de belangen.

Om de gezondheidsboodschap te kunnen verbinden met de doelstellingen van de verschillende actoren (bijvoorbeeld de burger, de industrie of de zorgverzekeraar) moet de organisator zich in deze andere partijen verdiepen. Soms is het ook nodig belangen te beïnvloeden met financiële prikkels of gebods- of verbodsbepalingen.

### **..ook van de zorgverzekeraar**

Speciale aandacht vraagt de zorgverzekeraar. Na de stelselwijziging heeft hij een nieuwe opdracht en minder publieke taken. Afdwingen van een bijdrage aan preventie is geen optie meer. Zorgverzekeraars zien echter wel mogelijkheden om meer bij te dragen.

Zij kunnen preventie als kwaliteitscriterium meenemen bij de zorginkoop, als die onderdeel is van de richtlijnen voor professionals. Ook collectieve contracten bieden mogelijkheden. Verder biedt de WTG-express kansen om preventieactiviteiten van zorgverzekeraars uit te breiden. Een stimuleringsregeling kan eveneens behulpzaam zijn.

Andere mogelijkheden als meerjarige polissen, een hoger eigen risico, compensatie via de normsystematiek (bij lage SES-groepen), een preventie-DBC en een preventiefonds nieuwe stijl vragen verder eerst onderzoek.

### **Samenwerken met andere sectoren**

Intersectorale samenwerking op landelijk en lokaal niveau is vaak cruciaal voor een effectieve aanpak van complexe volksgezondheidsproblemen. Wethouders en departementen met aandachtsgebieden buiten de volksgezondheid zullen moeten deelnemen aan het proces van aanpak. Deze samenwerking kan meer richting en urgentie krijgen door twee instrumenten.

Ten eerste een regionale VTV. Die geeft wethouders volksgezondheidsbeleid en de GGD argumenten om draagvlak te verwerven, binnen de gemeente en daarbuiten. De overheid moet het RIVM en de GGD'en dan ook de opdracht geven voor alle regio's een regionale VTV op te zetten.

Ten tweede zijn integrale kosteneffectiviteitanalyses en investeringsbeslissingen van groot belang bij de aanpak van complexe problemen. Ze moeten deel uitmaken van de beleidsstrategie. De overheid moet dan ook besluiten om zulke integrale kosteneffectiviteitanalyses uit te (laten) voeren. De kosten daarvan zijn niet op voorhand vast te stellen.

De overheid moet het RIVM opdragen de investeringsafwegingen voorafgaand aan, tijdens en na het uitvoeren van de beleidsstrategie te ondersteunen. VWS kan de Rekenkamer verzoeken mee te werken aan deze analyses.

De samenwerking met andere actoren en sectoren vereist investeringen van landelijke en lokale overheden. Investeringen in tijd (monitoring), in kennis en in communicatievaardigheden van professionals en beleidsmakers. Dat geldt ook voor de relaties met internationale organisaties.

**Internationale contacten benutten**

Internationale contacten zijn een bron van kennis en regelgeving. Juist voor complexe problemen zijn die kennis en mogelijkheden voor beleid relevant. Inzet van experts is daarbij belangrijk. Door uitgebreide lobbyactiviteiten kan Nederland de totstandkoming van nieuwe wet- en regelgeving binnen de EU beter beïnvloeden. Daarvoor zijn investeringen nodig in de vaardigheden bij beleidsmakers.

**Kennisontwikkeling verbeteren**

Gebrek aan kennis en de lastige aansturing wanneer veel actoren betrokken zijn, vragen om een concentratie en coördinatie van de kennisontwikkeling rond een probleem. Dat betekent: een flexibele kennisinfrastructuur. Verder zijn meer mogelijkheden voor determinantenonderzoek, ruimere opdrachtverlening voor innovatieve voorstellen, en financiering gericht op samenwerking met het veld belangrijk. De overheid moet de kennisinfrastructuur dan ook aanpassen om aan die vraag te voldoen.

**Bereid zijn om te investeren**

Het nieuwe kabinet moet zich ten principale bereid verklaren om meer te investeren in gezondheid. Eventuele investeringen dienen vervolgens weloverwogen te gebeuren op basis van de integrale investeringsafweging. Daarbij is het belangrijk de opbrengsten breed te definiëren.

# 1 Aandacht voor gezondheid

## 1.1 Gezondheid bedreigd

**“Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities” (WHO, 2000).**

Gezondheid is belangrijk

In zijn speech bij de aanbidding van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV, RIVM, 2006) stelde de minister van VWS dat Nederland zijn plaats in de top vijf van landen in Europa met de gezondste burgers moet heroveren. Hij ziet daarin een gezamenlijke uitdaging voor de overheid, de sector én de individuele burger.

O.a. voor het bereiken van een aantal maatschappelijke doelen

### **Nieuwe bedreigingen**

Waarom is gezondheid belangrijk? Ten eerste hechten mensen daar grote waarde aan. Ten tweede helpt gezondheid om doelstellingen te bereiken die juist op dit moment van belang zijn: maatschappelijke participatie, langer door kunnen werken, verhoging van de arbeidsproductiviteit en vermindering van de druk op de (kosten van) zorg.

Er zijn echter flinke bedreigingen....

Voor deze doelen bestaat veel draagvlak. Ze verwezenlijken is echter iets anders. Hoewel de levensverwachting van de Nederlander in 2003 weer iets hoger ligt dan in voorgaande jaren, stijgt deze vooral onder vrouwen in Nederland minder snel dan in andere Europese landen (VTV, 2006). Oorzaken zijn onder meer: de toename van overgewicht en obesitas, de toename van diabetes, en de toename van depressie en angststoornissen.

Dat vereist effectief beleid van de overheid en brede betrokkenheid van de samenleving

Een aantal van deze gezondheidsbedreigingen treft de lagere sociaal-economische milieus harder dan de beter gesitueerden. Het gaat dan vooral om hart- en vaatziekten en risicofactoren als roken en overgewicht. Al deze bedreigingen en aandoeningen lenen zich voor preventie. Deze ontwikkelingen vragen om een effectieve gezondheidsstrategie van de overheid, inzet van veel partijen in de samenleving en vooral ook inzet van burgers zelf.

Dit is echter niet zo makkelijk te realiseren

### **Afgenomen gevoel van urgentie**

Dit is echter niet zo gemakkelijk gebleken. Daar is een aantal redenen voor.

Zo gaat er op dit moment veel (beleids)aandacht uit naar zaken als veiligheid en economische groei. Maar de groei van de consumptie die daarmee gepaard gaat heeft behalve gunstige ook ongunstige effecten voor de gezondheid. De samenleving als geheel nodigt steeds meer uit tot ongezonde keuzes.

Ook zijn wij enigszins vergeten wat investeringen in gezondheid kunnen opleveren

Ook zijn wij het besef dat investeren in gezondheid veel op kan leveren enigszins verloren. We zijn haast vergeten dat door bijvoorbeeld schoon drinkwater, vaccinaties en autogordels de levensverwachting enorm is toegenomen. Dit mede dankzij de industrie en de techniek. Verder is investeren in gezondheid ondergeschikt gemaakt aan investeren in curatieve zorg.

Het is aan de overheid om gezondheid weer op de agenda te krijgen

Deze onevenwichtigheid en het gebrek aan urgentie zijn desastreus voor investeringen in gezondheid op de lange termijn. De volksgezondheidsproblemen die opdoemen maken duidelijk dat de samenleving zich deze houding niet langer kan permitteren. Daar ligt een taak voor de overheid: effectief beleid is noodzakelijk. Maar hoe moet dit vorm krijgen? Daarover gaat dit advies.

## 1.2 Op zoek naar verbetering

De minister stelt de RVZ drie vragen

Bij de minister heeft dit de vraag opgeroepen welke beleidsstrategie van VWS nodig is om de mogelijkheden voor verbetering van de volksgezondheid optimaal te benutten, en in het bijzonder hoe de samenleving daar bij betrokken kan worden. In dit advies zal de RVZ daarom de volgende beleidsvragen beantwoorden:

1. Welke volksgezondheidsproblemen vragen de komende jaren aandacht en verdienen prioriteit?
2. Waarom is het vaak zo moeilijk gebleken om volksgezondheidsproblemen aan te pakken?
3. Welke beleidsstrategie is aangewezen om deze problemen wel effectief te adresseren?

Voor de beantwoording van vraag 1 is een scan verricht

Om de eerste vraag te beantwoorden heeft de RVZ gebruik gemaakt van de uitgebreide databases en informatie van het RIVM (VTV, het Nationaal Kompas Volksgezondheid) en van verschillende universitaire centra. Op basis hiervan wordt in hoofdstuk 2 een antwoord geformuleerd.

Voor vraag 2 en 3 zijn vier volksgezondheidsproblemen geanalyseerd

Wat de aanpak van volksgezondheidsproblemen zo lastig kan maken bespreekt de raad in hoofdstuk 3. Daarvoor zijn vier voorbeelden geanalyseerd: overgewicht bij kinderen; psychische klachten in de arbeidssituatie; vallen bij ouderen en fijn stof.

Dit zijn niet per se de grootste of meest urgente problemen. Ze zijn gekozen vanwege hun verschillen in schaalgrootte, betrokken sectoren, relatie met de curatieve zorg, te boeken gezondheidswinst en maatschappelijke impact. De uitgebreide analyse inclusief het literatuuronderzoek zijn te vinden in de achtergrondstudies bij dit advies.

Die analyses vormen de basis voor de oplossingen en aanbevelingen

De derde vraag wordt beantwoord op basis van algemene inzichten die zich aandienen uit de casussen, aangevuld met ideeën uit de literatuur, gesprekken en debatten. Deze staan in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 geeft concrete handvatten voor een algemene beleidsstrategie.

### 1.3 Functie van het advies

Met dit advies kan het nieuwe kabinet ...

In de nieuwe VTV (2006) beschrijft het RIVM de volksgezondheidsproblemen die in de komende jaren aandacht vragen. In het najaar van 2006 zal het kabinet de volgende vierjaarlijkse nota volksgezondheidsbeleid uitbrengen waarin hij prioriteiten (ziekten en risicofactoren) voor het volksgezondheidsbeleid formuleert.

...het rendement van de inspanningen van de sector verbeteren

Met de strategie die de RVZ in dit advies beschrijft kan het nieuwe kabinet vervolgens invulling geven aan de aanpak van de geselecteerde aandoeningen en risicofactoren. En het rendement van alle inspanningen die de sector al levert verbeteren.

### 1.4 Definities en afbakening

Er zijn brede en smalle definities van Publieke gezondheid

Het departement heeft de adviesaanvraag de titel Publieke Gezondheid (PG) meegegeven. In zijn signalement 'Het preventieconcert' rekent de RVZ de volgende domeinen tot de PG:

- Gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering.
- Ziektepreventie in de openbare gezondheidszorg én in de gezondheidszorg.
- Gezondheidsbeleid sectoraal en intersectoraal, lokaal, regionaal, nationaal en internationaal.

De RVZ kiest voor de middenweg...

Deze omschrijving die het midden houdt tussen een brede en een smalle definitie van de Public Health zal ook in dit advies gebruikt worden (zie bijlage 3 voor uitgebreider overzicht van in dit advies gehanteerde begrippen).

...en spreekt zich niet uit over infectieziekten en rampen

Alleen bij de beantwoording van de eerste vraag van de minister kiest de raad het brede domein (bijlage 3). Verder zal het advies niet ingaan op bedreigingen door infectieziekten en bioterrorisme.

## 2 Investeren in gezondheid

### 2.1 Soorten doelstellingen

Welke volksgezondheidsproblemen vragen aandacht? Welke volksgezondheidsproblemen vragen de komende decennia om aandacht? En waar moeten de altijd beperkte middelen in geïnvesteerd worden?

En wat is daarbij te winnen? Drie doelen staan daarbij centraal: het aantal ziektevrije jaren vergroten, de kwaliteit van leven verbeteren en de levensverwachting verlengen. Maar er kan ook een financieel effect optreden: sommigen investeringen kunnen worden terugverdiend. En negatieve trends, zoals de toename van overgewicht en diabetes, kunnen omgebogen worden.

In dit hoofdstuk passeren de meest urgente volksgezondheidsproblemen de revue, en wordt geïnventariseerd op welke terreinen de inspanningen het meest noodzakelijk zijn. In bijlage 4 en de 'Scan' in de achtergrondstudies bij dit advies staat een vollediger overzicht.

### 2.2 Algemene gezondheidsproblemen

Selectie van belangrijke problemen kan op basis van sterfte, ... De meeste sterfte wordt veroorzaakt door coronaire hartziekten, beroertes en kanker (ouderen), verkeersongevallen, suïcide en borstkanker (jongere mensen) en perinatale sterfte, aangeboren afwijkingen, ongelukken en suïcide (kinderen).

of op basis van verlies van kwaliteit van leven, ziektelast of kosten Kwaliteit van leven wordt vooral aangetast door psychische aandoeningen, coronaire hartziekten en artrose. Coronaire hartziekten, angststoornissen, beroerte, Chronisch Obstructieve Pulmonaire Aandoeningen (COPD) en alcoholafhankelijkheid en depressies scoren hoog als het gaat om ziektelast. De duurste aandoeningen zijn een verstandelijke handicap, dementie, beroerte en coronaire hartziekten.

Aandoeningen die stijgen verdienen extra aandacht In tabel 1 in bijlage 4 staan de aandoeningen die een ongunstige trend vertonen. Astma, diabetes mellitus, depressie, longkanker (vooral ook bij vrouwen), borstkanker en dementie vragen aandacht.

Dat geldt ook voor een aantal risicofactoren We weten steeds meer over de relatie tussen risicofactoren en risicogedrag enerzijds en ziekte anderzijds. Tabel 2 in bijlage 4 geeft een overzicht van de belangrijkste risicofactoren. Roken blijft op afstand de meeste schade veroorzaken. Opvallend is verder de grote bijdrage van overgewicht aan de ziektelast: bijna 10%.



## 2.3 Inspanningen per leeftijdsgroep

### Inspanningen bij de jeugd

Voor de jeugd zijn psychische problemen ...

Op basis van de 'Scan' blijkt dat de inspanningen zich bij jeugd en jongvolwassenen moeten richten op de bestrijding van een aantal ziekten en risicofactoren. Bij kinderen van 0-14 jaar veroorzaken aangeboren afwijkingen, verstandelijke handicaps, privé-ongevallen en aandoeningen van de ademhalingsorganen de meeste ziektelast. Bij jongvolwassenen (15-24 jaar) gaat het vooral om alcoholafhankelijkheid, angststoornissen en depressie.

... en overgewicht en alcoholmisbruik belangrijke aandachtspunten

Kijkend naar risicofactoren valt direct het aantal kinderen en jongeren met overgewicht op (13% jongens en 17% meisjes). Het alcoholgebruik stijgt. Vooral 'binge drinken' (grote hoeveelheden in één keer) bij meisjes baart zorgen. Kinderen en jongeren drinken meer en beginnen op steeds jongere leeftijd. Het percentage jongeren dat rookt blijkt na 1996 redelijk stabiel.

### Inspanningen bij mensen in de arbeidsproductieve leeftijd

Bij mensen in de arbeidsproductieve leeftijd gaat het om (chronische) ziekten

Een volgende leeftijdsgroep is die van de mensen van 20 tot 65 jaar. De ziektelast in deelpopulaties (werkenden/werkelozen en arbeidsongeschikten) blijkt niet wezenlijk verschillen. Het gaat vooral om klachten van het bewegingsapparaat, luchtweginfecties, chronische ziekten en psychische problemen.

### Inspanningen bij ouderen

Bij ouderen is winst te halen met preventie van depressie en accidentele val

Veel van de aandoeningen bij ouderen worden veroorzaakt door leefstijl in het verleden en zijn op latere leeftijd nog maar beperkt beïnvloedbaar met preventie en vroegdiagnostiek. Bij depressie, angststoornissen en accidentele val is daarmee echter nog wel veel winst te behalen.

### Inspanningen voor een gezondere leefomgeving

In ons leefmilieu vragen luchtkwaliteit en sociale kwetsbaarheid aandacht

De belangrijkste milieufactoren zijn luchtverontreiniging, geluid, veiligheid van zwem- en drinkwater, voedselveiligheid en huisstofmijt, schimmel en radon. Verkeersveiligheid (drempels en buurtopbouw) en veiligheid op het werk zijn ook belangrijke aspecten van de fysieke omgeving. Het RIVM vraagt specifiek aandacht voor de relatie tussen sociale factoren (zoals sociaal-economische status (SES) en sociale kwetsbaarheid) en gezondheid.

## 2.4 De opbrengsten van de inspanningen

Het verleden heeft geleerd dat investeren in gezondheid loont

Bijlage 5 (Een preventieparadox?) bespreekt de doelmatigheid van investeren in preventie. Er blijken goede redenen te zijn voor investeringen in preventie op de gekozen terreinen. Hoewel de opbrengsten per probleem

kunnen verschillen, kunnen investeringen de samenleving veel opleveren in termen van gezondheid en kwaliteit van leven. Dat hebben ook de inspanningen in het verleden geleerd.

Verder kunnen er ook (economische) effecten optreden (door langer doorwerken, meer arbeidsparticipatie en een hogere arbeidsproductiviteit). Welvaart en gezondheid zijn gecorreleerd: welvarende landen hebben doorgaans burgers met een betere gezondheid dan minder welvarende landen. Ook de achtergrondstudie 'de invloed van gezondheid op vervroegde uittrekking uit het arbeidsproces' laat dit zien.

Dat laat ook één van de achtergrondstudies zien

**Roken, overgewicht en hoge bloeddruk zijn de belangrijkste veroorzakers van ongezondheid (tabel 2.12 VTV, 2006). Mackenbach en Burdorf beschrijven in hun achtergrondstudie dat een matige gezondheid, een ongezonde leefstijl (met name overgewicht) en belastende arbeidsomstandigheden enkele tientallen procenten van arbeidsuitval tussen het 50ste en 65ste levensjaar verklaren. Bestrijding van deze risicofactoren kan de arbeidsparticipatie van oudere werknemers verlengen met gemiddeld 8 maanden tot een jaar.**

Beoordeling van individuele preventieprogramma's blijft echter lastig

De beoordeling van de doelmatigheid van individuele preventieprogramma's is echter lastig. Dat oordeel hangt namelijk af van veel factoren: de gekozen strategie (populatie- of hoogrisicobenadering), de periode en de disconteringsvoet die wordt gebruikt. Daarnaast spelen een groot aantal moeilijk voorspelbare en meetbare externe factoren (zoals sociale processen) en verborgen kosten een rol.

Dat vraagt extra inspanningen

Die complicaties onderstrepen het belang van kennis over kosteneffectieve interventies. In dergelijke analyses moeten de opbrengsten veel breder gedefinieerd worden dan alleen de kosten van de gezondheidszorg, zoals nu vaak gebeurt.

## 2.5 Conclusie

De overheid heeft de belangrijkste aandoeningen goed in beeld

In antwoord op de eerste vraag van de minister concludeert de raad dat VWS de belangrijkste volksgezondheidsproblemen goed in beeld heeft. De aandoeningen die investeringen vragen zijn al terug te vinden in de nota Langer gezond leven (VWS, 2003) en zullen terugkeren in de nieuwe beleidsnota (eind 2006).

## 3 De weerbarstige praktijk

### 3.1 Vier voorbeelden

Waarom is de aanpak van volksgezondheidsproblemen soms zo moeilijk?

In het vorige hoofdstuk zijn de volksgezondheidsproblemen beschreven die aandacht verdienen. Die aandacht is er ook, als we kijken naar de beleidsvoornemens van VWS. Maar hoe kan een effectieve aanpak ontworpen worden? Dat is tot nu toe erg moeilijk gebleken. De vraag, die in dit hoofdstuk centraal staat, is hoe dat komt. Dat betekent: leren van de praktijk.

Om die vraag te beantwoorden zijn vier casussen geanalyseerd

Daarom heeft de raad vier volksgezondheidsgerelateerde voorbeelden geanalyseerd (voor een verantwoording van de keuze zie paragraaf 1.2). Voor elke casus is een literatuurstudie uitgevoerd en is geanalyseerd welke rol de verschillende actoren spelen (actorenanalyse).

De raad heeft voor deze benadering gekozen omdat een effectieve aanpak betrokkenheid van burgers en van organisaties van binnen en buiten de zorg vereist. Die inzet is niet altijd voor de hand liggend en soms zelfs tegenstrijdig met de doelen en belangen van deze partijen zelf. Een actorenanalyse brengt die doelen, belangen en tegenstrijdigheden in beeld en biedt zo aanknopingspunten voor een andere aanpak.

Het materiaal is terug te vinden in de achtergrondstudies

De volledige analyse van elke casus is terug te vinden in de achtergrondstudies. Daar staan ook de literatuurverwijzingen. Verder zijn debatten met actoren gehouden. De verslagen daarvan zijn terug te vinden op de website van de RVZ [www.rvz.net](http://www.rvz.net). De belangrijkste lessen worden eerst per casus besproken, en daarna, in de afsluitende paragraaf, in samenhang.

### 3.2 Overgewicht bij kinderen

#### Aard, omvang en beleid

Overgewicht bij kinderen is een groot probleem

Overgewicht bij kinderen is nu al een probleem, maar in de toekomst wordt het dat nog veel meer. Momenteel is 13-17% van de kinderen te zwaar. Het aantal obese kinderen en kinderen met diabetes mellitus type II groeit. Zowel sociale, genetische als economische factoren spelen een rol, maar de exacte relaties zijn nog niet bekend. Overgewicht kost de samenleving veel geld: ruim 2,5 miljard per jaar aan directe en indirecte kosten (RVZ, 2002).

Er is veel aandacht bij beleidsmakers voor het probleem

Aan aandacht voor het probleem ontbreekt het niet. Vooral in de zorg en de sport wordt al veel gedaan. De landelijke overheid kiest voor het ondersteunen van lokaal beleid, dichtbij de doelgroep. VWS zet daarom in op communicatiecampagnes, kennisontwikkeling en subsidiëring van

lokale initiatieven. Overgewicht (ook bij kinderen) is als speerpunt opgenomen in de Landelijke Preventienota 2002. Vernieuwend is het Convenant Overgewicht dat de minister in 2005 met een aantal maatschappelijke actoren heeft gesloten. Economische prikkels zijn tot nu toe geen relevante beleidsopties gebleken.

De aanpak schiet echter nog tekort

Ook de lokale overheid onderkent het probleem. De activiteiten zijn echter versnipperd en het lokale facetbeleid komt niet van de grond (IGZ, 2005). De projecten worden vooral vanuit de zorg gestart, richten zich op te brede groepen kinderen en zijn kortdurend. Door gebrek aan (goede) evaluaties ontbreekt inzicht in 'wat werkt'. Er zijn wel veelbelovende initiatieven, maar geen interventies waarvan bewezen is dat ze in Nederland effectief zijn.

Er zijn nog geen bewezen effectieve interventies bekend in Nederland

In het buitenland (met name in VS) zijn sporadisch interventies beschreven die ook op langere termijn effectief blijken. Maar ook daar zoekt men nog naar de juiste aanpak. Het meest wordt verwacht van een integrale benadering waarbij de omgeving van het kind wordt aangepast, zodat die vanzelf aanzet tot gezonder eten en meer bewegen. Dit vraagt om brede betrokkenheid vanuit de samenleving (Gezondheid en Gedrag, RVZ, 2002 en GR, 2003).

#### **Rol van actoren**

Ouders hebben vaak andere prioriteiten

Uit de achtergrondstudie blijkt dat ouders het overgewicht van hun kinderen vaak bagatelliseren. Ze houden zichzelf voor dat hun kind er nog wel 'overheen zal groeien'. Ouders, en ook de kinderen zelf, zeggen verder andere prioriteiten te hebben. Financiële problemen vragen aandacht. Of ouders staan er alleen voor en zijn vaak overbelast.

Scholen missen de middelen

Scholen willen wel een bijdrage leveren, maar missen naar eigen zeggen de middelen en de mensen door alle verantwoordelijkheden die al op hun bordje liggen. Wel doen zij steeds meer op het gebied van sport en gezonde voeding in kantines.

De lokale middenstand wordt te weinig betrokken

Ook de lokale middenstand is bereid om mee te werken. Die ziet daarin mogelijkheden om gezonde producten te promoten. Uiteraard vooral als klanten geïnteresseerd zijn, hun imago daardoor verbetert, of het overheidsregulering kan voorkomen. De aanpak van overgewicht is vooralsnog echter een zaak van publieke organisaties, en de lokale middenstand wordt daarbij nog maar mondjesmaat betrokken.

Gemeenten en GGD ervaren concurrerende prioriteiten en missen goede voorbeelden

Gemeenten en GGD'en onderkennen dat zij een belangrijke taak hebben bij de aanpak van overgewicht. De Landelijke Preventienota helpt hen bij het stellen van beleidsdoelen, maar zij missen goede voorbeelden, en vooral ook argumenten om op lokaal niveau alle betrokken actoren structureel te mobiliseren. Ook ontbreekt het hen vaak aan de ervaring,

kennis en middelen om alle actoren bij elkaar te brengen. Verder vinden zij dat de verplichte taken voor de jgz (vastgelegd in de WCPV) de financiële ruimte beperken. Bovendien verloopt de samenwerking met de GGD vaak stroef: wederzijdse verwachtingen worden niet waargemaakt. En wethouders lopen aan tegen concurrerende prioriteiten binnen de gemeente, ook economisch gezien.

De zorgsector heeft maar beperkte invloed

De zorgsector (kinderartsen, huisartsen, jgz-artsen en welzijnswerkers) dicht zichzelf een leidende rol toe bij de aanpak van overgewicht, maar is niet in staat om de omgevingsfactoren die tot overgewicht leiden te beïnvloeden. Hulpverleners uit de zorg vinden bovendien weinig gehoor bij de ouders van te dikke kinderen.

**“Als je tegen ouders zegt dat hun kind te dik is, werkt dat niet; als je aan een ouder vraagt of zijn kind goed eet, heb je meteen contact. Het argument dat een kind dat sport rustiger en gezeglijker is werkt veel beter dan het argument dat sport belangrijk is voor het gewicht van het kind” (citaat debat Rotterdam).**

De organisatie en financiering van de kennisinfrastructuur is niet effectief

Professionals, maar ook de lokale beleidmakers, vinden dat de beschikbare kennis niet aansluit bij de praktijk. De kenniscentra en gezondheidsbevorderende organisaties worden namelijk vooral ‘van bovenaf’ gestuurd: door het departement. De manier van subsidiëren leidt tot concurrentie en versnippering. Verder lijkt er vooral geld te zijn voor nieuwe initiatieven, en veel minder voor het implementeren en evalueren van veelbelovende projecten. Subsidies zijn bovendien tijdelijk, waardoor een structurele aanpak uitblijft. Een ander bezwaar is dat de criteria voor opdrachtverlening voor nieuwe initiatieven streng zijn. Dat remt de creativiteit en snelheid. Opmerkelijk is verder de constatering dat de zorgverzekeraars, een enkele uitzondering daargelaten, nauwelijks aandacht besteden aan de preventie van overgewicht bij kinderen.

### 3.3 Psychische problemen op de werkvloer

#### Aard, omvang en beleid

Psychische problemen veroorzaken veel verzuim en arbeidsongeschiktheid

Psychische klachten vormen een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Eén van de settingen om de oorzaken van psychische problemen op collectief niveau te beïnvloeden is de werksituatie. De gemiddelde verzuimduur van 46 dagen is twee keer zo hoog als bij iedere andere verzuimoorzaak. Bij oudere werknemers hangt vroeger uittrekking voor 30% samen met een hoge werkdruk (Mackenbach en Burdorf, 2006). De prevalentie en incidentie van psychische klachten op het werk lijken niet te dalen.

... en hoge kosten

De totale jaarlijkse kosten van verzuim en medische zorg door (werkgerelateerde) psychische arbeidsbelasting worden geschat op 4 miljard euro

(exclusief de gedeerde arbeidsproductiviteit). Risicosectoren zijn de industrie, zakelijke dienstverlening, horeca, onderwijs en zorg.

Zonder adequaat beleid dreigt collectieve terugval in de bijstand	Door de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) zal het aandeel van verminderd belastbare mensen in de beroepsbevolking toenemen. Daardoor dreigt collectieve terugval in de bijstand en toename van psychische klachten door de beperktere arbeidsmobiliteit.
Er zijn bewezen effectieve interventies...	En dat terwijl er vele bewezen effectieve interventies zijn om de vaardigheden van werkenden te versterken, die ook nog eens zeer kosteneffectief zijn. Vooral interventies gericht op vergroting van de zelfredzaamheid en mate van controle van de werkende zijn effectief.
... maar deze vinden hun weg naar de werkvloer onvoldoende	Er is echter een gebrek aan kennis over de effecten van psychische problematiek op de arbeidsproductiviteit en over de kosteneffectiviteit van preventie. De ontwikkeling van instrumenten en richtlijnen wordt veel beter gefinancierd dan de implementatie, en de noodzakelijke cultuurverandering blijft uit.
Gescheiden aansturing SZW en VWS is inefficiënt	Lastig daarbij is dat er twee ministeries betrokken zijn: VWS en SZW. Het ministerie van SZW is verantwoordelijk voor de arbeidsgerelateerde psychische problematiek, VWS draagt zorg voor psychische problematiek in het algemeen. Dat leidt tot verschillen in focus, financiering, instrumenten, procedures en draagvlak. De landelijke aansturing van preventie is daardoor inefficiënt.
Het wettelijke kader biedt (beperkte) nieuwe mogelijkheden	Het wettelijk kader biedt echter wel openingen voor een landelijke aanpak. De Zorgverzekeringswet levert bruikbare instrumenten: de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts, de vergoeding van onderdelen van arbozorg via de Zvw, de collectieve contractering en de eerstelijnspsycholoog in het basispakket. Verder voorziet de geplande herziening van de Arbowet in verplicht beleid voor psychische arbeidsrisico's. Maar de Zvw biedt weer geen directe prikkels voor preventie.
Werkgever en werknemer zijn aan zet	<b>Rol van actoren</b> Preventie is primair een zaak van werknemer en werkgever. Als zij er samen niet uitkomen, kunnen derde partijen uit het reguliere en arbo-circuit bijspringen. Daarvoor is dan wel samenwerking nodig. Eén van de grootste bedreigingen daarbij is de negatieve beeldvorming rondom werkenden met psychische klachten, zowel onder werkgevers als onder werknemers en zorgprofessionals (Subcommissie Psychische Problematiek van Het Werkend Perspectief).
Er hangt een taboe rond psychische problemen	De werknemers signaleren met de komst van de WIA meer aandacht bij werkgevers voor hun problemen. Maar ze vinden ook dat hun positie onzekerder is geworden. Mede daardoor stellen ze meer vertrouwen in de

reguliere zorg dan in de arbocuratieve zorg. Er is een groter belang om het verzuim als ‘medisch’ te benoemen; dit is immers een garantie voor loondoorbetaling.

De individuele werkgever is nog te weinig doordrongen van noodzaak van preventie

En de werkgevers? Op macroniveau zien zij zeker het belang van aandacht voor gezondheid en werk. De individuele werkgever (vooral het MKB) is echter nog niet doordrongen van de noodzaak tot preventie. Een goed preventie- en reïntegratiebeleid in het MKB is dan ook alleen haalbaar als het op collectief niveau wordt georganiseerd. Maar ook bij grote werkgevers moet het belang van gezondheidsbeleid veelal nog ‘verkoch’ worden. Het belangrijkste argument: de kosteneffectiviteit. Juist daar is echter te weinig kennis over.

De mogelijkheden van zorgverzekeraars zijn nog beperkt

Zorgverzekeraars hebben meer mogelijkheden voor effectieve aanpak van psychische klachten in de Zvw, maar geen directe prikkels voor preventie. Ze zeggen door collectieve contracten met bedrijven te kunnen investeren in preventie, vooral in combinatie met verzuimverzekeringen. Het aantal werkgevers dat beide verzekeringen heeft is echter beperkt.

Omdat zorgverzekeraars slechts een deel van de arbeidsgerelateerde zorg verzekeren die nodig is om verzuim te voorkomen, kopen inkomensverzekeraars zelf steeds vaker de relevante zorg in. Er is geen gedeeld belang: uit schadelast- en premieoverwegingen zijn er weinig prikkels om de krachten te bundelen.

Zorgaanbieders krijgen te weinig prikkels en werken te weinig samen

Ook aanbieders van zorg krijgen weinig prikkels voor structurele preventieve interventies. Arbodiensten en professionals signaleren wel dat de veranderingen in de wetgeving hebben geleid tot een actievere markt, met een grote diversiteit van producten. Zorgverleners uit de reguliere zorg stellen zich echter vaak defensief op. Zij kennen de richtlijnen voor behandeling van psychische aandoeningen onvoldoende.

### 3.4 Vallen bij ouderen

#### Aard, omvang en beleid

Vallen bij ouderen is een duur en groeiend probleem,...

Vallen bij ouderen is een veel voorkomend, groeiend en duur probleem (650 miljoen euro per jaar). Eén op de drie thuiswonende ouderen en de helft van de verpleeghuispatiënten valt ten minste éénmaal per jaar (1 miljoen incidenten per jaar). Dit leidt in Nederland tot 89.000 bezoeken aan de spoedeisende hulp. Bij 6% van de accidenten treedt ernstig letsel op. Per jaar vallen 1700 doden als direct gevolg van de val (SCV, 2006). In het jaar na hun val overlijden nog eens 4000 mensen.

...dat zich goed leent voor

De aanpak van vallen bij ouderen dient zowel op individueel preventie als op populatie- en organisatieniveau plaats te vinden. De richtlijn van

Er is voldoende kennis over de aanpak	het CBO stelt dat de identificatie van ouderen met een verhoogd risico zinvol is. Meta-analyses wijzen erop dat preventieve interventies effectief zijn, met name ‘multifactorial falls risk assessment and management programmes, followed by exercise programmes’ (Cochrane, 2003, Chang e.a., 2004). Het scala van interventies loopt van aanpassing van schoei- sel, medicatie en oefenprogramma’s tot goede personeelsplanning in instellingen en een zogenaamde ‘hobbelfonefoon’ bij de gemeente.
De implementatie schiet echter tekort	De kennis is er, maar de toepassing blijft achter. Best practices worden niet gemakkelijk overgenomen. Implementatie vergt inzet van een groot aantal betrokken instanties en disciplines in de omgeving van ouderen en er is gebrek aan coördinatie en regie in de uitvoering. Dat is een gemiste kans, want gezien de epidemiologische cijfers lijkt er veel meer mogelijk dan nu gebeurt, zowel op individueel niveau als collectief.
Professionals binnen de zorg zijn belangrijk voor preventie van vallen	<p><b>Rol van actoren</b></p> <p>De belangstelling voor valincidenten vanuit de gezondheidszorg is relatief groot. Ten eerste omdat veel determinanten van valincidenten vallen binnen verschillende specialistische gebieden (huisartsgeneeskunde, neurologie, psychiatrie, interne geneeskunde, cardiologie, orthopedie, oogheelkunde, KNO en longziekten). Ten tweede vinden valincidenten vaak plaats bij ouderen die al zorg ontvangen. Professionals worden er daarvoor direct mee geconfronteerd binnen de muren van hun instelling.</p>
Maatschappelijke organisaties eveneens	Ook maatschappelijke organisaties zijn zich bewust van het probleem. De Stichting Consument & Veiligheid speelt bijvoorbeeld een centrale rol in de aanpak van ongevalpreventie in de privésfeer, en bij kennisontwikkeling. Ook de ouderenbonden en -organisaties zijn actief. Ze worden vaak ingeschakeld om hun achterban bewust maken van het probleem; oudere burgers schatten hun eigen valrisico namelijk vaak veel te optimistisch in. “Don’t mention the f-word” zegt men in Angelsaksische landen wel over het probleem van risicocommunicatie bij vallen. In Engeland is daarvoor nu een handleiding ontwikkeld (Yardley and Todd, 2005). Jaarlijks wordt ook een National Falls Awareness Day gehouden ( <a href="http://www.helptheaged.org.uk">www.helptheaged.org.uk</a> ).
Het bedrijfsleven is geïnteresseerd	Het bedrijfsleven ziet een (groei)markt van producten en diensten voor mobiliteitsondersteuning en valpreventie (rollators, scootmobielen, alarmerings- en bewakingsapparatuur, valbescherming). Ook medicatie kan een rol spelen (bijvoorbeeld bij osteoporose). Tegelijkertijd is medicijngebruik een belangrijke oorzaak van valincidenten. Huisartsen blijken de richtlijnen voor preventie van (de gevolgen van) vallen nog te weinig te gebruiken en de betrokkenheid van zorgverzekeraars is beperkt. Gezien de hoge curatieve kosten voor vallen, liggen activiteiten van verzekeraars op dit vlak wel voor de hand.
Bij huisartsen en zorgverzekeraars krijgt het probleem te weinig aandacht	



Intersectoraal beleid komt niet van de grond

De gemeenten en GGD'en hebben vaak een grote betrokkenheid. Intersectoraal komt het beleid echter niet goed van de grond. Woningcorporaties doen bijvoorbeeld nog weinig op dit gebied. En op nationaal niveau is nog weinig tot geen beleid gevormd, met uitzondering van een recente landelijke campagne.

### 3.5 Fijn stof

#### Aard, omvang en beleid

Er is nog onzekerheid over de ernst van de gezondheidseffecten van fijn stof

Er is een oorzakelijk verband geconstateerd tussen de 'deeltjesvormige' luchtverontreiniging (fijn stof) en ongezondheid, maar er bestaat onzekerheid over de ernst van die effecten; de schattingen lopen uiteen van enkele duizenden tot 18.000 vervroegde sterfgevallen. Fijn stof is geen nieuw probleem; door effectief beleid op dit gebied is de lucht in de afgelopen 10 tot 15 jaar aanzienlijk schoner geworden.

De EU-norm veroorzaakt belangentegenstellingen in Nederland

Europa stelt normen voor de luchtkwaliteit voor de lidstaten in de Richtlijnen Luchtkwaliteit (1996). In het Besluit Luchtkwaliteit (2001) vertaalt Nederland deze richtlijnen naar nationaal beleid. Ons land volgt de richtlijn daarbij nauwgezet. Daarbij zijn grote belangentegenstellingen ontstaan. Vooral door de juridische koppeling tussen de goedkeuring van bouwprojecten en het halen van de norm.

Vooraf door de juridische koppeling

Bouwprojecten worden nu stilgelegd als niet worden voldaan aan de (verplichte) norm voor luchtkwaliteit. Dat leidt momenteel tot stagnatie van 40 bouwprojecten. De Wet Luchtkwaliteit (maart 2006) creëert vervolgens weer ruimte om elders te compenseren (900 miljoen voor o.a. de inbouw van roetfilters in auto's).

De methoden om effectief om te gaan met onzekere risico's zijn niet gevolgd

In de achtergrondstudie over fijn stof wordt aangegeven hoe omgegaan kan worden met risico's waarover onzekerheid bestaat en waarbij veel tegenstrijdige belangen spelen. De nota 'Nuchter omgaan met risico's' van het Milieu en Natuurplanbureau (MNP, 2003) geeft daarvoor namelijk houvast.

Het doel verschuift dan van louter gezondheidsbescherming (van het gevoeligste individu) naar doelmatige en billijke gezondheidsbescherming. Dat vergt echter een open benadering, gericht op draagvlak en consensus. Bij de aanpak van het fijnstofprobleem is die tot nu toe niet gevolgd, hoewel het dossier allerlei kenmerken van een complex probleem heeft.

### Rol van actoren

Er zijn geen afspraken gemaakt over risicocommunicatie

Hoe kijken belangrijke actoren (landelijke en lokale overheden, kenniscentra, GGD'en, wetenschap en adviesbureaus) nu aan tegen de huidige situatie en de beslissingen in het verleden? Men is het er over eens dat er geen goede afspraken zijn gemaakt over de risicocommunicatie. Experts publiceren elk nieuw inzicht en maken zo het beleid van de bewindslieden kwetsbaar. De beleidsmakers op hun beurt eisen zekerheid van de experts, terwijl zij weten dat deze er niet is.

De norm en de juridische koppeling leiden niet tot effectief gedrag

De betrokkenen zijn ook van mening dat de norm, de EU-richtlijnen en de strikte wijze waarop Nederland daar invulling aan heeft gegeven niet leiden tot zinvol beleid, maar tot juridisering en het verkeerde soort creativiteit. Zo gaat de aandacht naar hotspots, niet naar maatregelen die de luchtkwaliteit in het algemeen verbeteren. En de norm lijkt overal gehaald te moeten worden, ook op plaatsen waar geen mensen wonen. De koppeling aan de bouwprojecten leidt tot dominantie van één van de belangen, de luchtkwaliteit, boven alle andere belangen (economie, infrastructuur en ruimtelijke ordening). Terwijl de gezondheidswinst onduidelijk blijft.

Integrale afwegingen worden niet gemaakt

Al deze punten leiden tot discussie en integrale afwegingen zijn inmiddels onmogelijk, vinden de betrokken actoren. Het huidige gebrek aan openheid en overleg is onwenselijk en contraproductief. Sommigen vinden wel dat er door de koppeling een gevoel van urgentie voor milieuproblemen bij de politiek ontstaan is; daardoor is nu uiteindelijk 900 miljoen vrijgemaakt voor het verbeteren van de luchtkwaliteit. Anderen brengen daartegenin dat de gezondheidswinst die dat zal opleveren onduidelijk is.

De burger en VWS ontbreken in het debat

Opmerkelijk is de afwezigheid van de burger in het debat. De achtergrondstudie laat zien dat burgers blijkbaar andere risico- en belangenafwegingen maken. Zij stellen wonen in de stad en hun auto boven gezondheidswinst op lange termijn. Ook VWS is afwezig in de discussies. Als redenen hiervoor worden genoemd: focus op de curatieve zorg, gebrekkige kennis en terughoudendheid door de complexiteit van het dossier.

Nederland heeft weinig invloed op de besluitvorming in Brussel

Een aantal betrokkenen stelt dat Nederland in Brussel onvoldoende gepleit heeft voor een normering die past bij zijn situatie. Verder wordt opgemerkt dat actieve lobbies binnen de EU gewogen besluitvorming in het CAFE-proces overruled hebben. Ook signaleert men dat de rol van de wetenschap in Brussel heel sterk is (Van Keulen, 2006).

### 3.6 Bespreking en conclusies

De vier voorbeelden delen een aantal kenmerken

Waarom is het zo moeilijk gebleken deze volksgezondheidsproblemen aan te pakken? Die vraag kan nu beantwoord worden. Er is namelijk een patroon te herkennen: de vier voorbeelden hebben kenmerken gemeen die de aanpak bemoeilijken. Figuur 3.1 geeft een overzicht.

**Figuur 3.1**

	Overgewicht bij kinderen	Psychische (arbeid) problemen	Vallen bij ouderen	Fijn stof
<b>Onzekerheid kennis</b>				
- Onzekerheid over risico	Gemiddeld	Gemiddeld	Klein	Gemiddeld tot groot
- Onzekerheid over interventies	Groot	Gemiddeld	Klein	Gemiddeld
<b>Aanpak moeilijk aan te sturen</b>				
- Aantal determinaten (aangrijpingspunten)	Groot	Gemiddeld	Groot	Gemiddeld
- Diversiteit actoren	Groot	Gemiddeld	Gemiddeld	Groot
- Aantal sectoren (cultuurverschillen)	Groot	Gemiddeld	Gemiddeld	Groot
- Diversiteit doelen en belangen	Gemiddeld	Groot	Gemiddeld	Groot

Bron: RVZ

Wat is het patroon dat zichtbaar wordt uit de analyse van de vier voorbeelden? Ten eerste is er vaak sprake van onzekerheid over het gezondheidsrisico en ontbreekt het aan effectieve interventies.

En de aanpak is moeilijk aan te sturen

Ten tweede blijkt de aanpak moeilijk aan te sturen, doordat het om problemen gaat met een groot aantal determinanten. Dat betekent dat diverse actoren een bijdrage moeten leveren. Maar zij komen uit uiteenlopende sectoren, met elk hun eigen cultuur, doelen en belangen.

Hoe hoger een probleem op deze kenmerken scoort hoe lastiger de aanpak

Ten derde blijkt de aanpak lastiger naarmate een probleem hoger scoort op deze kenmerken. Door de onzekerheid over het gezondheidsrisico (fijn stof) en door het gebrek aan effectieve interventies (overgewicht) ontbreken dan de argumenten om alle actoren (met vaak uiteenlopende belangen) op één lijn te krijgen. Er is geen onontkoombare noodzaak en succes is niet verzekerd.

Er is onzekerheid over kennis

succes is niet verzekerd.

De beleidsmakers hebben geen goede strategie voor de aanpak van deze problemen

Problemen die hoog scoren op alle kenmerken worden ook wel *'ontem-bare problemen'* (Bekkers, 2004) genoemd. De raad spreekt verder van *'complexe'* problemen. De casussen laten ook zien dat het beleid niet altijd een goed antwoord heeft op de onzekerheid over kennis en lastige aansturing.

Omgaan met onzekerheid over risico's is lastig voor beleidsmakers

#### **Onzekerheid kennis**

Omgaan met onzekerheid over gezondheidsrisico's blijkt lastig. De analyse van het fijn-stofprobleem laat zien dat beleidsmakers (ook op EU-niveau) handelen alsof zij exact weten dat dit risico hoog is en dus een strenge norm rechtvaardigt. Voor overgewicht weten we niet precies welke rol genetische aspecten spelen. Daar is nu te weinig onderzoek naar.

De kennisinfrastructuur sluit niet aan bij de behoefte aan kennisontwikkeling

Het kan ook ontbreken aan effectieve interventies (overgewicht) of aan kennis over effectieve implementatie (psychische problemen en vallen bij ouderen). De centrale financiering van de kennisinstututen en de versnippering leiden er toe dat kennisinstututen zich vooral richten op de behoefte van de subsidiegever (VWS) en niet op de lokale behoeften. Terwijl juist daar met nieuwe interventies geëxperimenteerd zou moeten worden.

Proces van opdrachtverlening van de kennisinstututen voor onderzoeksvoorstellen sluit niet aan bij deze behoefte aan creativiteit, flexibiliteit en snelheid. De vaardigheden en de middelen ontbreken voor evaluatie en implementatie (vallen bij ouderen en psychische problemen). Ook hier heeft het beleid dus geen passend antwoord.

Voor een effectieve aanpak zijn veel actoren nodig

#### **Aanpak moeilijk aan te sturen**

De volksgezondheidsproblemen die zijn geanalyseerd kennen allen individuele én omgevingsgerelateerde determinanten, die evenzovele mogelijkheden voor preventieve interventies bieden. Daardoor is de diversiteit van de actoren groot, en per probleem verschillend.

Die komen uit verschillende sectoren

Het palet is breed: de GGD, de gemeente en de landelijke overheid, de burger, zijn werkgever, het bedrijfsleven, de school, de sportvereniging, het welzijnswerk, de huisarts, de schoolarts of de arbo-arts en de zorgverzekeraar, maatschappelijke organisaties en de wetenschap. Ook internationale organisaties (EU, WHO, OECD en de Wereldbank) doen mee: zij zijn een bron van kennis of wetgeving.

Er zijn echter geen overlegstructuren om deze actoren samen te brengen

Juist door deze diversiteit ontbreekt het vaak aan overlegstructuren of platforms om samen te werken aan een probleem. De actoren kennen elkaar niet. Daardoor worden interventies steeds vanuit één aangrijpingspunt of één sector ingezet. Bij bestrijding van overgewicht bij kinderen gaat het óf om voeding óf om bewegen. De leefomgeving van ouderen

wordt veiliger gemaakt, maar de zorgverzekeraar en de curatieve zorg hebben te weinig oog voor osteoporose of bewegen.

Daarom is er te weinig samenwerking

Dat probleem speelt ook binnen de overheid. Elk probleem kent een andere taakverdeling tussen cure, care en preventie, en tussen de departementen en onderdelen van de gemeente. Men is geneigd dit strikt op te vatten: de aanpak van psychische problemen in de arbeidssituatie hoort bij Sociale Zaken en preventie van vallen bij ouderen ligt volledig bij VWS.

Cultuurverschillen spelen compliceren de aanpak

Veel actoren betekent ook cultuurverschillen: tussen wetenschap en beleid (fijn stof casus), tussen de GGD en de gemeente (overgewicht), en tussen arbo-artsen en reguliere artsen (psychische klachten). Op EU-niveau blijkt moeilijk om effectief om te gaan met de cultuur en besluitvorming in Brussel (fijn stof). Het ontbreekt Nederland aan de positie en vaardigheden om genoeg invloed uit te oefenen.

Zelfs de burger heeft vaak andere belangen

Veel actoren betekent verder: verschillende doelen, belangen en prioriteiten. Soms lopen deze belangen parallel met het algemene volksgezondheidsbelang, vaak ook niet. Daardoor is er geen gedeeld probleembesef en gevoel van urgentie. Zelfs de burger heeft nogal eens andere prioriteiten dan zijn gezondheid. Mensen met psychische klachten willen het stigma vermijden, ouderen willen liever niet onder ogen zien dat zij kwetsbaar zijn.

De inzet van de zorgverzekeraar is nu nog beperkt

Ook zorgverzekeraars hebben andere prioriteiten dan preventie. Zij richten zich op de curatieve zorg en op werving van verzekerden. Voor preventie van psychische problemen en preventie van vallen bij ouderen zijn daar echter zeker mogelijkheden, bij bestrijding van overgewicht bij kinderen ligt inzet van de zorgverzekeraar nu nog minder voor de hand.

Beleidsmakers kennen de belangen van actoren vaak niet

Hoe meer belangentegenstellingen, hoe belangrijker het is te weten wat die belangen zijn en een andere strategie te volgen. Daar slagen beleidsmakers en professionals nog niet goed in. Hun boodschap dat gezondheid belangrijk is blijkt niet aan te komen.

## 4 Een andere aanpak

### 4.1 Nieuwe beleidsstrategie

Complexe problemen vereisen een aanpak die rekening houdt met onzekerheid en lastige aansturing

Hoe meer een volksgezondheidsprobleem gekenmerkt wordt door onzekerheid over kennis en hoe moeilijker de aanpak aan te sturen is, hoe belangrijker het is een beleidsstrategie te volgen waarin juist met die elementen rekening wordt gehouden.

Dit gebeurt nu te weinig

Tot nu toe is echter vooral geprobeerd vanboven af te sturen met wet- en regelgeving, binnen een vaste verdeling van verantwoordelijkheden. Zo'n benadering is zeer effectief voor volksgezondheidsproblemen waarover veel kennis is en waarvoor een bewezen effectieve aanpak bestaat, zoals bestrijden van infectieziekten door vaccinaties. Bij meer complexe problemen werkt die aanpak echter niet. Dat bleek uit het vorige hoofdstuk.

Er moet een proces gestart worden dat samenwerking faciliteert en een passende kennisinfrastructuur is nodig...

In zulke gevallen is iets anders nodig: er moet een proces gestart worden waarin alle actoren samen kunnen werken aan het ontwikkelen en uitvoeren van een aanpak. In dit hoofdstuk wordt aangegeven hoe dat proces er uitziet (paragraaf 4.2), hoe alle actoren daarbij betrokken kunnen worden (paragraaf 4.3 tot 4.5) en welke veranderingen in de kennisinfrastructuur daarbij nodig zijn.

### 4.2 Maatwerk organiseren

... en maatwerk mogelijk maakt

De aanpak van een complex volksgezondheidsprobleem vergt een proces dat samenwerking en kennisontwikkeling mogelijk maakt. Daar is veel kennis over beschikbaar (Hunter, 2006 en 2007) Hoe kan zo'n proces er in de praktijk uit zien? Een paar voorbeelden.

Convenanten bieden de mogelijkheid voor langdurige samenwerking en overleg. De partijen zijn niet juridisch verplicht deel te nemen of zich aan de uitkomsten te houden, maar committeren zich wel. Weigeren of afhaken is bovendien zichtbaar en niet goed voor het imago. Een andere methode beschrijft het Natuur en Milieuplanbureau in Nuchter omgaan met risico's (zie de casus over fijn stof).

De lineaire, rationele methode van aanpak werkt niet

Belangrijke handvatten biedt ook Plsek met zijn beschrijving van Complex Adaptive Systems (Plsek, BMJ 2001, 323: p. 625-628). Hij stelt vast dat complexe en gepolitiseerde problemen in de zorg niet goed aangepakt kunnen worden met een lineaire, rationele methode (de beleidsmaker breekt het probleem op in onderdelen, analyseert die, en schakelt dan partijen in om interventies uit te voeren). Daarvoor ontbreken de kennis en de mogelijkheden voor aansturing.

Het gaat erom dat actoren samenwerken en kennis ontwikkelen	In de Complexe Adaptieve Methode wordt met die bepalende factoren juist rekening gehouden. Actoren uit verschillende sectoren met verschillende belangen werken samen om gaandeweg kennis te ontwikkelen over het probleem en bij te dragen aan een aanpak.
Eén van de actoren heeft het initiatief. Dat hoeft niet perse de overheid te zijn	Hoe gaat dat in zijn werk? Eén van de betrokkenen treedt op als organisator en heeft de eindverantwoordelijkheid. De overheid (landelijk, gemeente of de GGD) is daarvoor vaak de aangewezen partij. Maar in principe kan elke actor zich als probleemeigenaar/-organisator opwerpen.
Eerst moet men een gedeelde visie ontwikkelen	De organisator gaat er daarbij niet op voorhand vanuit dat alle betrokkenen een gedeelde visie op het probleem en een gedeeld gevoel van urgentie hebben. De eerste stap is dan ook dat alle betrokkenen het eens worden over de aard van het probleem en zich committeren aan een gezamenlijk doel.
En moeten betrokkenen zich committeren aan een doel	De wijze waarop het doel wordt bereikt is niet gespecificeerd. Het proces is niet precies te plannen of te voorspellen, en biedt ruimte voor creativiteit, innovatie en wederzijdse beïnvloeding. Alle partijen worden gevraagd naar hun ideeën over oplossingen. Zo wordt de diversiteit juist benut: een breed palet van ideeën en interventies (uit de cure, de care, de preventie, de techniek en de commerciële sector) komt op tafel, en de meest kansrijke worden uitgevoerd.
De werkwijze is niet gespecificeerd	De benadering is dus vooral pragmatisch: “Wat kan, wat werkt of wat kansrijk is: dat gaan we doen”. Niet alle belangentegenstellingen hoeven opgelost te worden om met elkaar te kunnen werken. De werkwijze is organisch, doelgericht, niet lineair en gebaseerd op continue verbetering en vertrouwen.
Een voorbeeld	<p><b>In reactie op het Besluit Luchtkwaliteit (2001) heeft de gemeente Nijmegen vertegenwoordigers (sleutelfiguren) van belangengroepen uit de gehele stad en een aantal deskundigen om de tafel geroepen. Er werd afgesproken dat de groep in zijn geheel zou definiëren waar de grote problemen zitten. Per gebied zijn vervolgens alle belanghebbenden geïnterviewd. Men is gevraagd naar hun visie op het probleem en naar hun ideeën over oplossingen (waar zij zelf een bijdrage aan konden leveren). Op basis van de interviews is een lange lijst mogelijke maatregelen opgesteld. Die heeft de groep gezamenlijk geprioriteerd. Voor die lijst was toen draagvlak. Het krijgen van consensus over de aard van de problematiek is heel lastig geweest. Er waren scherpe tegenstellingen. De gesprekken hierover zijn aanvankelijk puur kwalitatief geweest; geen discussies over metingen en getallen. Pas later zijn metingen gedaan. Juist door partijen bij elkaar te brengen werd duidelijk dat iedereen iets moest doen en dat niemand als enige de last droeg. Het lukt alleen als duidelijk wordt dat je breed beleid maakt dat iedereen treft/van iedereen een bijdrage vraagt.</b></p>

*Bron: interview F. Claessen gemeente Nijmegen.*

### 4.3 Brede betrokkenheid creëren

Voor een succesvolle samenwerking zijn nieuwe overlegstructuren nodig

In zo'n proces van samen zoeken naar kansrijke interventies is het uiteraard cruciaal dat de diverse actoren samenwerken. Soms kunnen bestaande structuren benut worden. Maar vaak zal een nieuwe overlegstructuur of een nieuw platform opgezet moeten worden.

En moeten belangen verbonden worden

Hoe kan vervolgens de nodige betrokkenheid gecreëerd worden? Niemand is tegen verbetering van de volksgezondheid, maar wat daarvoor nodig is blijkt in de praktijk vaak fel te moeten concurreren met andere belangen. Opleggen van deelname is meestal niet mogelijk en ook niet wenselijk. Het is effectiever er rekening mee te houden dat gezondheid niet steeds voor alle betrokkenen het belangrijkste doel is en vervolgens te zoeken naar gedeelde belangen. Dat kan op twee manieren.

Gezondheid is daarbij slechts één van de belangen

#### Aansluiten bij bestaande belangen

Er is veel te leren van de marketing

Ideeën uit de marketing, een discipline die gespecialiseerd is in het creëren van gezamenlijke belangen en het veranderen van gedrag, blijken bruikbaar voor de publieke sector (Kotler en Andreasen, 1996; De Boer, 1988). Want net als bij de aanpak van (complexe) volksgezondheidsproblemen is ook in de marketing de doelgroep zelden 'iemand die vraagt'.

De organisator moet de belangen van de actoren identificeren

Waar actoren niet meteen zien wat zij te winnen hebben bij deelname, is het de taak van de organisator zijn eigen doelstelling zo veel mogelijk te laten aansluiten op een van hun belangen. Hij moet gezondheid als het ware verkopen. Daarvoor moet hij zich verdiepen in de wensen, problemen en interesses van de doelgroep (segmentatie en marktonderzoek).

En slim verbinden met gezondheid

De casussen tonen een paar mooie voorbeelden. Zo sluit de boodschap dat kinderen die sporten rustiger zijn en beter luisteren goed aan bij de behoeften van ouders. Ook blijkt dat fabrikanten graag investeren in hulpmiddelen om vallen bij ouderen tegen te gaan, als zij daarin kansen zien voor nieuwe producten of verbetering van hun imago. Ook het onderstaande voorbeeld laat goed zien hoe belangen verbonden kunnen worden. Het laat ook zien dat professioneel welzijnswerk hierbij een belangrijke rol kan spelen (Hartslag Limburg).

**In plaats van paternalistisch te wijzen op het belang van een goede opleiding hebben welzijnsorganisatie Traject en de woningbouwcoöperatie Woonpunt in Maastricht het anders aangepakt. Zij hebben voor een groep jongeren zonder arbeidskwalificatie, die overlast veroorzaakte en licht crimineel gedrag vertoonde, een garage ter beschikking gesteld om te sleutelen aan auto's. Daar lag de interesse van de jongens. Hieruit is het Racing for Maastricht-team ontstaan, dat deelneemt aan races in Francorchamps en Zolder. Activiteiten van het team bestaan verder uit opknappen van de garage/leerwerkplaats, opbouwen en onderhouden van de racewagen en verzorgen van catering en management. Zo behalen de jongens**



**hun startkwalificatie in de praktijk en groeien ze naar werk toe. Ze hebben iets gevonden waar ze trots op kunnen zijn. Maar het effect was nog verstrekkender. Het imago van Woonpunt verbeterde door investering in maatschappelijk vastgoed (goed functioneren van de buurt en een stad met werkgelegenheid). De gemeente zag de overlast in de wijk opgelost. De school kreeg een nieuwe leervorm. Het project leidde daarnaast tot nieuwe bedrijvigheid, waardoor de leerwerkplaats nu een bedrijfsverzamelgebouw wordt.**

### **Beïnvloeden van belangen**

Soms moeten belangen ook actief beïnvloed worden ...

Belangen kunnen ook actief beïnvloed worden. Dat kan door een bepaalde beeldvorming te stimuleren of door regulering en financiële prikkels.

### **Maatschappelijke druk**

... door maatschappelijke druk

Een nieuwe trend of toenemende maatschappelijke verantwoordelijkheid kan het voor actoren belangrijk maken om zich in te zetten (Duijvendak en Huurenkamp, 2004). Publiekscampagnes, maar ook populaire rolmodellen (Johan Cruijff en Jamie Oliver) kunnen daarbij helpen. Verder kan shame and blame werken. Zo hebben publicaties over de effecten van het eten bij MacDonalds de reclame-uitingen van het bedrijf ingrijpend veranderd.

### **Regulering en financiële prikkels**

... of door financiële prikkels en regulering

Ook regulering en financiële prikkels kunnen nieuwe belangen laten ontstaan. Een voorbeeld van regulering is een vestigingsverbod voor een snackbar vlakbij een school. De 'prijs' van snacken wordt zo hoger: de kinderen zijn langer onderweg. De 'prijs' kan ook verlaagd worden. Een veilige fietsroute maakt het gemakkelijker om voor de fiets te kiezen.

Financiële prikkels zijn vaak goed bruikbaar ...

Financiële prikkels kunnen ook een bijdrage leveren. In de WIA stimuleren financiële prikkels de werkgevers om zorg te dragen voor de gezondheid van hun werknemers. Een ander middel is accijnzen heffen. Uit één van de achtergrondstudies blijkt echter dat het effect daarvan niet altijd zeker is (zie Een preventieparadox?).

Maar niet altijd

Goed uitvoerbaar en effectief is de verhoging van accijnzen op sigaretten. Voor terugdringen van alcoholgebruik is de inzet van financiële prikkels en regulering al lastiger: de gevolgen voor de samenleving zijn veel groter. Een uitzondering zijn enkele soorten drank, zoals briezers.

Ze vereisen goede interdepartementale en internationale samenwerking

De invoering van financiële prikkels bij de bestrijding van overgewicht (vettax of suikertax) roepen veel vragen op. Hoeveel moeten de prijzen omhoog wil zo'n heffing effectief zijn? Heeft halvering van de accijnzen op groente en fruit (enkele dubbeltjes) wel zin? Of is intensieve subsidiëring nodig? Deze maatregelen vereisen in ieder geval goede samenwerking tussen departementen en moeten in Europees verband worden ingesteld. Nederland kan hierbij wel het voortouw nemen.

### Activeren van de burger

De burger is een belangrijke actor

Twee actoren vragen extra aandacht. Ten eerste de burger. Bij complexe volksgezondheidsproblemen speelt gedrag vaak een rol. Een effectieve aanpak vergt dan ook inzet van de burger. Maar hoe mobiliseer je die? Nijhuis (2003) signaleert dat naast genot en (financieel) gewin ook sociale inbedding een belangrijke basisbehoefte is. Iedereen wil ergens bijhoren en meetellen.

Al zijn belangen moeten benut worden om hem te betrekken bij zijn gezondheid

Het beleid richt zich nu vaak op de eerste twee drijfveren, met financiële prikkels en regulering. De casussen laten zien dat inspelen op de behoefte aan sociale inbedding en maatschappelijke erkenning ook effectief kan zijn bij het verbeteren van de gezondheid. Zo is bij psychische problemen snel aan het werk gaan cruciaal voor herstel. Afvallen in groepsverband is vaak effectiever dan alleen. Een ander voorbeeld is het volgende:

#### *“Van mensen uit een doelgroep naar een groep mensen met een doel”*

**BigMove is een bewegingsmethode waarbij deelnemers leren meer invloed te krijgen op hun eigen gezondheid en hun eigen leven. Patiënten met chronische ziekten of gezondheidsklachten die mede veroorzaakt worden door gedrag of sociaal (dis)functioneren, gaan in groepsverband bewegen. Het idee is dat gedragsverandering vooral tot stand komt in sociale samenhang en als het leuk en prettig is. Deelnemers leren zo de relatie te zien tussen hun klachten en hun sociaal functioneren. Zij krijgen meer zicht op hun mogelijkheden en leren hun leven weer in eigen hand te nemen. Voor de hulpverleners betekent deze manier van werken een omslag in het denken en handelen; zij zijn niet langer de alleswetende professional die boven de patiënt staat, maar staan náást de cliënt en binnen de groep. De resultaten zijn positief. Het huisartsenbezoek van de 84 deelnemers is in de onderzochte periode met 20% gedaald (van 6 naar gemiddeld 4,8 bezoeken). De veranderde manier van werken was ook positief voor de hulpverleners: het ziekteverzuim is afgenomen van 7,5% naar 3%.**

### Activeren van de zorgverzekeraar

Het nieuwe stelsel biedt kansen voor preventie door de zorgverzekeraar ...

Ten tweede is het ook zaak zorgverzekeraars te betrekken bij discussies over de aanpak van een volksgezondheidsprobleem, lokaal en landelijk. In het debat dat de raad heeft georganiseerd bleek dat brede inzet van zorgverzekeraars bij preventie in het nieuwe stelsel (nog) niet voor de hand ligt (bijlage 6). De zorgverzekeraars zagen zelf echter wel een aantal mogelijkheden voor verbetering en stimulering.

... bij zorginkoop

Als preventieve maatregelen onderdeel zijn van de richtlijnen voor professionals (Clinical guidelines, UK), dan kunnen zorgverzekeraars die als kwaliteitscriterium gebruiken bij het inkopen van zorg (bijvoorbeeld valpreventie door huisartsen en verpleeghuizen, standaarden voor werkgerelateerde problemen voor de huisarts).

... en in collectieve contracten

Zorgverzekeraars zien ook mogelijkheden voor preventie als hun klanten (werkgevers in collectieve contracten of verzekerden) aan gezondheid willen werken - vooral als er interventies beschikbaar zijn die de schadelast op korte termijn reduceren.

Preventie kan een manier zijn om verzekerden te behouden

Sommige verzekeraars verwachten met het aanbieden van preventie de loyaliteit van klanten te kunnen winnen. Anderen signaleren dat de verzekerde dit al snel uitlegt als een poging tot schadelastbeperking. Betere marketing van deze producten is dan van belang.

Er zijn ook nieuwe mogelijkheden te creëren. Deze vragen deels verder onderzoek

#### **Uitbreiden mogelijkheden**

Verzekeraars zelf zien verder meerjarige polissen, een hoger eigen risico of compensatie via de normsystematiek (bij lage SES-groepen) als mogelijkheden om hun betrokkenheid te intensiveren. Een preventie-DBC en een preventiefonds nieuwe stijl lijken hen vooralsnog minder haalbaar. Verder onderzoek is gewenst.

Soms zijn ze nog weinig bekend

De raad reikt zelf nog twee mogelijkheden aan om zorgverzekeraars in staat te stellen te experimenteren met preventie. Een eerste optie ligt in de WTG-express (Van weten naar doen, 2005). Deze regeling wordt nog maar beperkt benut voor preventieactiviteiten, maar biedt zeker mogelijkheden, zoals in het onderstaande kader beschreven.

Soms zijn extra middelen nodig

Een andere mogelijkheid om de inzet van zorgverzekeraars te vergroten, juist bij complexe problemen, is een beperkte stimuleringsregeling uit de algemene middelen. Willen verzekeraars daarmee werken aan preventie, dan moet wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan: betrokkenheid van andere actoren van binnen én buiten de zorg (samenwerking), zicht op structurele financiering, en 'mee investeren' van alle actoren (continuïteit en commitment). Deze regeling zou van nut kunnen zijn bij initiatieven zoals hieronder beschreven.

**Een internist en de diëtiste in het OLVG zijn samen met de GGD Amsterdam in het lokale buurtcentrum voorlichtings- en fitnessochtenden voor Marokkaanse vrouwen gestart. Deze vrouwen krijgen in groepen voorlichting over diabetes en leren om te gaan met hun ziekte (bijvoorbeeld tijdens de ramadan). Na afloop nemen alle deelnemers deel aan een fitnessles. Zij gaan meer bewegen, vallen af en hun diabetes is beter gereguleerd. Een bijkomend effect is dat de vrouwen uit hun isolement komen. Aanvankelijk subsidieerde Agis dit initiatief; dit kon echter niet voortgezet worden door gebrek aan middelen.**

#### 4.4 Samenwerken met andere sectoren

Intersectorale samenwerking is punt voor complexe problemen ....

Andere sectoren dragen bij aan preventie: tachtig procent van de 12,5 miljard euro voor preventie wordt besteed buiten het domein van VWS (RIVM, 2006). Een aantal volksgezondheidsproblemen (verkeersdoden, ongevallen op het werk en voedselvergiftigingen) wordt door andere departementen uitstekend aangepakt. Intensieve betrokkenheid van VWS is dan niet nodig.

Soms is actieve inzet wel gewenst en moet VWS zijn kennis inbrengen en samenwerking met de zorgsector faciliteren. In andere gevallen is meer nodig, omdat een betrokken departement te veel doet (legionella), of te weinig (gymlessen op school).

Het kan goed gaan

**Na de problemen op de Floriade in Bovenkarspel was het aanvankelijke plan om alle drinkwataansluitingen in Nederland vrij te maken van legionella. Op het eerste gezicht een loffelijk streven, maar het was de vraag of het verstandig zou zijn om de enorme som geld (geraamd op 40 miljard euro) op deze manier in te zetten. Het ging daarbij om het voorkómen van enkele tientallen doden per jaar en de risicogroepen waren goed te identificeren. De verhouding tussen de kosten en de daarmee te boeken gezondheidswinst dreigde dus zoek te raken. Vooral onder druk van GGD'en, en met medewerking van het RIVM, hebben VWS en VROM gezamenlijk besloten om alleen de waterleidingen van instellingen waar kwetsbare personen langere tijd verbleven, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, te controleren, gecombineerd met de voor infectieziekten gebruikelijke bewaking. Voor een fractie van het aanvankelijke bedrag is daarmee hetzelfde resultaat (gezondheidswinst) bereikt.**

Maar vaak is meer nodig

Juist voor complexe problemen is intersectorale samenwerking op landelijk en gemeentelijk niveau vaak cruciaal om resultaat te boeken. Het gaat dan niet alleen om samenwerking tussen cure, care en preventie, maar ook tussen de departementen en sectoren. Dat kan goed gaan, zoals het bovenstaande voorbeeld laat zien, maar vaak is er meer nodig.

Nieuwe samenwerkingsverbanden bieden nieuwe kansen ...

##### **Nieuwe samenwerkingsvormen benutten**

Het verleden heeft geleerd dat intersectorale samenwerking lastig is. Ook de casussen laten dit zien. Toch bewijzen convenanten, structurele samenwerkingsverbanden en nieuwe methoden ook voor de samenwerking binnen de overheid steeds meer hun waarde.

##### **Uitbreiden van instrumenten**

Om vervolgens de effectiviteit van zo'n samenwerkingsvorm te verbeteren zijn twee instrumenten van belang.

Een regionale VTV ...

Ten eerste is dat een regionale VTV. Op dit moment geeft de landelijke VTV richting aan het nationale gezondheidsbeleid. Een regionale of lokale VTV maakt duidelijk waarin de regio het beter of juist slechter

doet dan andere regio's. Dit geeft de wethouder Volksgezondheid argumenten in handen voor gericht, intersectoraal beleid. Ook biedt het gemeenten de kans prioriteiten te stellen. Samen met de GGD'en in Brabant en Midden-Holland heeft het RIVM zo'n regionale VTV opgesteld (kostenraming voor dit moment voor de regio Midden-Holland: 150.00 euro bij 1,5 jaar looptijd project).

Om invulling te geven aan dit lokale maatwerk moeten verder de mogelijkheden in de WCPV zoveel mogelijk benut worden en moeten de jaarplannen voor de WCPV en de Wmo goed op elkaar afgestemd worden.

... en integrale kosteneffectiviteitanalyses en investeringsafwegingen

Ten tweede moeten integrale kosteneffectiviteitanalyses en investeringsafwegingen een vast onderdeel worden van de beleidsstrategie. Momenteel gebeurt dat nauwelijks. Een brede aanpak van overgewicht bij kinderen wordt bijvoorbeeld niet afgewogen tegen de toekomstige zorgkosten van een sterk groeiend diabetesprobleem. Ook is er geen kabinetsbrede discussie over de gezondheidswinst van de 900 miljoen euro voor compenserende maatregelen voor fijn stof.

Deze analyses moeten als het ware met de aanpak van een probleem meelopen

Op basis van de bevindingen uit de kosteneffectiviteitanalyses, vooraf, tijdens en na afloop, kunnen investeringsbeslissingen steeds bijgesteld worden. Het gaat daarbij niet alleen om besparingen; vooral de effecten op gezondheid en de inschatting van de gezondheidswinst moeten beslispunten zijn in de beleidsstrategie.

De analyses zijn juist voor complexe problemen lastig, maar heel belangrijk.

Naarmate een probleem complexer is, zijn de analyses moeilijker, en is er minder zekerheid over de juistheid van investeringsbeslissingen. Dat is echter eerder een argument om deze berekeningen te starten dan om ze na te laten. Zo kan tijdens het proces zoveel mogelijk kennis worden opgedaan, die dan steeds gewogen wordt. De doelmatigheid van investeringsbeslissingen kan weliswaar niet verzekerd, maar vaak wel verbeterd worden. Zo heeft de GGD Amsterdam voorgesteld om de inspanningen voor reductie van de fijn stofconcentratie vooral te richten op plaatsen in de stad waar kwetsbare groepen wonen, en niet al het geld uit te geven aan schermen op plaatsen waar geen mensen wonen.

Maar er komt steeds meer ervaring beschikbaar

Er is gelukkig ook steeds meer ervaring in het maken van dergelijke berekeningen en afwegingen. Het RIVM en de Rekenkamer bezitten al ruime kennis op dit gebied.

#### 4.5 Internationale contacten benutten

Ook internationale contacten zijn belangrijk voor de aanpak	Internationale organisaties (de EU, de OECD, de WHO en de Wereldbank) kunnen een schat aan kennis opleveren. Ook bieden ze Nederland kansen om beleid te maken. Enerzijds heeft de regulering van de EU impact op de Nederlandse situatie (casus fijn stof), anderzijds heeft Nederland de EU ook nodig voor een effectieve aanpak. Zo zou Nederland binnen de EU een vet- of suikertax kunnen aankaarten.
Zij leveren kennis of bieden mogelijk maatregelen	
Vooraf de EU vraagt aandacht	Het onderhouden en benutten van deze relaties dient dan ook onderdeel te zijn van de beleidsstrategie. De achtergrondstudie over fijn stof (Van Keulen, 2006) laat zien dat tijdige en kwalitatief hoogwaardige inzet van Nederlandse experts in Brussel daarvoor essentieel is, evenals intensieve en brede lobbyactiviteiten op beleidsniveau. VWS moet zijn kennis inzetten bij onderwerpen die op het eigen beleidsterrein liggen. Soms is echter ook bewaking van de gang van zaken in Brussel nodig voor onderwerpen die primair bij andere departementen thuishoren, bijvoorbeeld omdat het gezondheidsbelang uit het oog wordt verloren.
Goede benutting van internationale contacten vereist communicatieve vaardigheden	Die kennis en aanwezigheid moeten overigens wel gepaard gaan met goede communicatieve- en onderhandelingsvaardigheden. Omdat Nederland zijn voortrekkersrol binnen de EU enigszins verloren heeft (Van Keulen, 2006), is het vormen van coalities steeds belangrijker.

#### 4.6 Kennisontwikkeling verbeteren

Kennisontwikkeling is cruciaal voor een efficiënte aanpak	Volksgezondheidsproblemen met een grote diversiteit van actoren en onzekerheid over kennis stellen ook specifieke eisen aan de kennisontwikkeling. De verbeteringen hieronder geven deels ook oplossingen voor algemenere problemen in de kennisontwikkeling.
Een aantal gebieden onderbelicht	<b>Vergroten van de kennis over risico's</b> Er zijn te weinig mogelijkheden voor determinantenonderzoek. Juist voor complexe, vaak relatief nieuwe, problemen is meer kennis van de risicofactoren belangrijk om een effectieve strategie te ontwerpen. Dat vraagt om verbreding van het onderzoek.
... en het domein is te smal	<b>Verbreden van de doelstellingen</b> Verbetering van de gezondheid vereist betrokkenheid van diverse sectoren. Daarom brengt de raad hier nogmaals de aanbevelingen van de RGO onder de aandacht. In zijn advies <i>Kennisinfrastructuur voor de Public Health</i> (RGO, 2003) concludeerde de RGO dat de huidige kennisinfrastructuur geen ruimte biedt voor onderzoek op het gebied van Public Health als de implementatie daarvan buiten het domein van VWS valt. Ook daar is dus een verbreding nodig.

### **Vergroten van de creativiteit**

Er moet meer ruimte voor creativiteit komen

De casus overgewicht bij kinderen laat zien dat veel interventies lokaal ontstaan en dat ook het succes daarvan sterk bepaald wordt door de lokale situatie. Onderzoek ondersteunt deze bevinding (Horstman, Evaluatie Hartslag Limburg, 2005).

Ook hier werken oude methodes niet

Horstman stelt daarbij dat de Randomized Controlled Trial (RCT)-methode niet altijd geschikt is voor onderzoek naar interventies voor complexe volksgezondheidsproblemen. Daar gaat het namelijk juist om kansrijke interventies die ontstaan in de interactie tussen de actoren, inclusief de burger. Die zijn dus niet van tevoren te voorspellen en gecontroleerd te onderzoeken. De RCT-methode en het proces van opdrachtverlening van de kennisinstituten bieden daarvoor vaak onvoldoende ruimte.

Er is meer ruimte in de opdrachtverlening nodig

En meer ruimte voor verbetering van de voorstellen is gewenst

Daarom stelt de raad voor een (groter) deel van de onderzoeksgelden van bijvoorbeeld ZonMw te reserveren voor innovatieve voorstellen die komen van samenwerkende actoren, die ook zelf investeren (zoals Hartslag Limurg). ZonMw moet verder ruimte krijgen om ondersteuning te bieden bij het verbeteren van veelbelovende voorstellen.

### **Verbeteren van de organisatie**

Zoveel mogelijk concentratie van de inspanning rond een probleem ...

Coördinatie van activiteiten per volksgezondheidsprobleem en binnen een eenvoudige structuur is nodig om de huidige versnippering, duplicatie en soms zelfs onderlinge competitie tussen de onderzoekscentra weg te nemen. De verdere invulling hangt af van de aard van de kennisvraag. Gaat het om implementatie (zoals bij vallen bij ouderen), dan kan de coördinatie het best dicht bij het veld liggen. Gaat het om ontwikkelen van kennis over risico's of over effectieve interventies, dan is landelijke bundeling van krachten noodzakelijk, en kan de taak beter bij één of twee centra liggen.

### **Verbeteren van de financiering**

... en een passende financiering is cruciaal

De wijze van financieren is bepalend voor effectieve kennisontwikkeling. Centrale financiering richt de blik op de nationale overheid in plaats van op het veld. Dat is wenselijk als het om kennisontwikkeling gaat waar (nog) geen vraag bij het veld ligt, zoals bij determinantenonderzoek of onderzoek naar de omvang van risico's. Als het gaat om het vinden van verbetering van implementatie, kan centrale financiering contraproductief zijn en kunnen kennisinstituten beter afgerekend worden op hun aansluiting op de eisen van het volksgezondheidsprobleem in kwestie.

## 4.7 Conclusie

Dit hoofdstuk laat zien dat complexe volksgezondheidsproblemen een intensieve aanpak vragen. Om echt resultaat te boeken moeten alle actoren betrokken worden bij de aanpak. Daarvoor zijn processen nodig die ruimte bieden aan de diversiteit van belangen en culturen en zijn vaak nieuwe overlegstructuren nodig. Dat vergt vooral van bestuurders, beleidsmakers en professionals vaardigheden in het identificeren en slimmer verbinden van belangen. Speciale aandacht vragen daarbij de burger en de zorgverzekeraar.

Verder is het nodig om meer ruimte voor creativiteit in het onderzoek te scheppen, de opdrachtverlening te verbreden, de infrastructuur te vereenvoudigen en de financiering aan te passen aan de aard van de kennisbehoefte. Tot slot moeten integrale kosteneffectiviteitanalyses en investeringsbeslissingen een vast onderdeel zijn van de beleidsstrategie. Een regionale VTV is nodig om richting te geven aan het lokale beleid.



## 5 Naar meer gezondheid

### 5.1 Visie van de raad

#### Ernst van de situatie

Investeren in gezondheid is belangrijk, ...

Investeren in gezondheid maakt dat de samenleving als geheel beter af is. Hoewel de ‘winst’ niet altijd op voorhand verzekerd is, is ‘niets doen’ geen optie. De risico’s voor de samenleving zijn immers groot. Zo zal het aantal diabetespatiënten in de periode tot 2025 met ruim 30% toenemen. Onze jeugd maakt een slechte start door te veel eten, te veel drinken en te weinig bewegen (RIVM, 2006). Het is zeer wel mogelijk dat de – gezonde – levensverwachting van onze kinderen bij ongewijzigd beleid lager zal uitvallen dan die van hun ouders.

... want er liggen een aantal bedreigingen in het verschiet

Dat is verontrustend, ook in het licht van het advies Arbeidsmarkt en Zorgvraag (RVZ, 2006). Dat geeft een alarmerende boodschap af over de beschikbaarheid van arbeidskrachten in de gezondheidszorg voor de nabije toekomst. Als wij niets doen, kunnen we op korte termijn niet meer voor onze ouderen zorgen.

Er is ook winst te behalen op veel terreinen

Via verbetering van de volksgezondheid zou op veel terreinen echter belangrijke menselijke, maatschappelijke en economische winst te behalen zijn, zoals recent nog weer eens is gebleken bij het terugdringen van verkeersongevallen. Mackenbach en Burdorf laten zien dat verbetering van de gezondheid van oudere werknemers het moment van uittreden uit het arbeidsproces met 8 maanden tot een jaar kan vertragen. En preventie, bijvoorbeeld door de opsporing en behandeling van hoge bloeddruk, kan de zorgvraag verminderen (RVZ, 2006).

Gezondheidsbelangen wegen nu niet mee bij kabinetsbrede investeringsbeslissingen

Redenen genoeg om bij grote (kabinetsbrede) investeringsbeslissingen de gezondheidsbelangen mee te laten wegen. In de meeste grote politieke kwesties kan de volksgezondheid niet straffeloos buiten beschouwing worden gelaten. Die is niet altijd het grootste belang, maar wel bijna altijd van groot belang, in elke bestuurlijke en maatschappelijke kwestie. Zo is de impact van overgewicht enorm.

Dat is niet wenselijk

De raad dringt er daarom op aan volksgezondheid altijd onderdeel te laten zijn van investeringsbeslissingen over grote maatschappelijke en economische vraagstukken. Nu wordt de volksgezondheid nog te gemakkelijk buiten haakjes gezet, zoals bij het pensioenvraagstuk en zelfs bij de stelselwijziging.

### **Nieuwe aanpak nodig**

Veel actuele volksgezondheidsproblemen zijn complex	De kernboodschap van dit advies is gebaseerd op het inzicht dat veel actuele volksgezondheidsproblemen ‘complex’ zijn. Dat wil zeggen dat zij worden gekenmerkt door enerzijds onzekerheid over het gezondheidsrisico en de beste interventies en anderzijds door de noodzaak een grote en diverse groep actoren te betrekken bij de aanpak. De belangen kunnen daarbij erg uiteenlopen. Daardoor is niet op voorhand duidelijk welke interventies effectief zullen zijn.
Daarbij werkt de vertrouwde aanpak niet	De analyses van de praktijkvoorbeelden (casussen) waarop dit advies gebaseerd is, laten zien dat het niet mogelijk is alle prioriteiten in het volksgezondheidsbeleid effectief aan te pakken binnen één vooraf gegeven beleidsstructuur, met één verdeling van verantwoordelijkheden en met maar één beleidsinstrument (bijvoorbeeld alleen voorlichting, financiële prikkels of een gebods- of verbodsbepaling).
Hoe complexer de problemen ...	Naarmate problemen complexer zijn, wordt het belangrijker maatwerk te leveren, beleidsinstrumenten te combineren en ruimte te geven aan initiatief en creativiteit van de betrokkenen. Dit zijn dan ook de kernbegrippen voor het toekomstige volksgezondheidsbeleid.
.. hoe meer noodzaak voor een benadering ...	Dat vraagt echter wel om een meer procesmatige benadering dan tot nu toe gebruikelijk is. In deze benadering wordt per prioritair volksgezondheidsprobleem nagegaan welke aanpak voor dit specifieke probleem, in een gegeven context, het meest kansrijk is.
... waarin belangen samengebracht worden	De gezondheidskundige aspecten én het maatschappelijk en bestuurlijk krachtenveld moeten daarvoor met elkaar in verband worden gebracht. Dat betekent: onderkennen van en inspelen op de andere belangen die in het spel zijn (economische, professionele, politieke, ethische), bepalen welke relatie van daaruit te leggen valt met het volksgezondheidsbelang en op basis daarvan een interventiestrategie ontwikkelen.
Dat vraagt andere vaardigheden ...	Deze andere manier van werken vraagt ook om andere dan de tot nu toe gebruikelijke attitudes en vaardigheden. Nationale en lokale beleidsmakers, kennisinstituten en professionals moeten goed kunnen onderhandelen, in plaats van afdwingen en bekeren - of in machteloosheid vervallen omdat het “allemaal zo complex is”. Ze moeten een brede betrokkenheid kunnen creëren, en daarvoor een uitgekiend samenstel van instrumenten gebruiken. Volgen van die ene vertrouwde benadering voldoet niet meer.
... en gebruik van een breed palet instrumenten	

## 5.2 Antwoorden op de beleidsvragen

In de vorige hoofdstukken zijn de vragen van de minister één voor één beantwoord.

Het ministerie heeft de belangrijkste volksgezondheidsproblemen goed in beeld

1. Het ministerie van VWS heeft in de nota Langer gezond leven (2002) laten zien de relevante volksgezondheidsproblemen goed in beeld te hebben. De VTV 2006 herbevestigt dat beeld grotendeels (RIVM, 2006). Prioriteit hebben diabetes mellitus, dementie, depressie en angststoornissen, overgewicht en alcohol bij de jeugd en de gezondheid van mensen uit de lagere sociaal-economische klassen. Specificatie van de belangrijkste doelgroepen is daarbij steeds onontbeerlijk.

De meeste actuele volksgezondheidsproblemen zijn complex

2. Een aantal van deze volksgezondheidsproblemen is moeilijk aan te pakken, omdat de kennis over de omvang van het risico en de beste aanpak nog ontbreekt en omdat het grote aantal actoren de aansturing lastig maakt. En de instrumenten en vaardigheden die de beleidsmakers op dit moment tot hun beschikking hebben zijn nog niet toegesneden op deze complexe, moeilijk 'tembare' problemen, waarbij veel onzeker is en zeer diverse actoren, met elk een eigen invalshoek en belang, moeten bijdragen aan de aanpak.

Een effectieve aanpak vraagt maatwerk en samenwerking ...

3. Complexe volksgezondheidsproblemen vereisen een beleidsstrategie waarmee maatwerk geleverd kan worden (*aanbeveling 1*). Zij vragen inzet van vele partijen binnen en buiten de gezondheidszorg en binnen en buiten de overheid (*aanbeveling 2*). Formeel is de overheid verantwoordelijk voor de aanpak van volksgezondheidsproblemen, maar initiatief en coördinatie zullen ook van andere actoren moeten komen. De overheid zal daarvoor dan de essentiële randvoorwaarden moeten realiseren (*aanbeveling 3*): een goede kennisinfrastructuur, een geavanceerde informatievoorziening (onder andere de landelijke en regionale VTV) en een infrastructuur voor kosteneffectiviteitanalyses en integrale investeringsafwegingen (*aanbeveling 4*).

## 5.3 Aanbevelingen

### 1 Complexiteit onderkennen

#### Aard van het probleem identificeren

Complexiteit moet tijdig herkend en erkend worden

Bij elk nieuw of weer opflakkerend volksgezondheidsvraagstuk moet allereerst bekeken worden of het om een complex probleem gaat, aan de hand van het in dit advies gepresenteerde schema.

	Prioriteit 1	Prioriteit 2	Prioriteit 3	Prioriteit 4
<b>Onzekerheid kennis</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Onzekerheid over risico</li><li>- Onzekerheid over interventies</li></ul>				
<b>Aanpak moeilijk aan te sturen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aantal determinaten (aangrijpingspunten)</li><li>- Diversiteit actoren</li><li>- Aantal sectoren (cultuurverschillen)</li><li>- Diversiteit doelen en belangen</li></ul>				

Bron: RVZ

De specifieke eisen die complexe volksgezondheidsproblemen stellen moeten onderkend en erkend worden. Is er inderdaad sprake van een complex probleem, dan moet gekozen worden voor een beleidsstrategie met de volgende elementen.

#### Maatwerk leveren

Er moet een proces van samenwerking gestart worden door één van de actoren

Er moet een proces georganiseerd worden waarin alle voor de aanpak noodzakelijke actoren betrokken worden. De landelijke en lokale overheid zullen veelal als organisator optreden, maar ook andere partijen kunnen initiatief nemen. De overheid moet ruimte creëren als één van de andere actoren zich opwerpt als organisator. Dat is immers het begin van brede betrokkenheid.

### 2 Betrokkenheid organiseren

#### Overleg mogelijk maken

Vaak moeten overlegstructuren gecreëerd worden

Voor het slagen van de aanpak is betrokkenheid van de belanghebbenden essentieel. Bestaande overlegstructuren kunnen benut worden om initiatieven te genereren. Waar deze overlegstructuur voor een prioritair probleem nog ontbreekt, moet zij tot stand gebracht worden. De organisator moet zorgen dat actoren een gezamenlijke visie op het probleem krijgen. Pas dan kunnen oplossingen worden bedacht. Vervolgens is de

vraag aan de actoren om goede samenwerking te waarborgen wat zij zelf kunnen bijdragen aan de aanpak en wat daarvoor nodig zou zijn.

Op die manier kunnen interventies uit de gezondheidszorg, maar ook uit wetenschap, techniek en bedrijfsleven, gecoördineerd, uitgevoerd en geëvalueerd worden.

#### **Aansluiten bij belangen**

En moeten de belangen van actoren verbonden worden met het gezondheidsbelang

Betrokkenheid van relevante partijen kan bereikt worden door eerst hun eigen belangen in kaart te brengen. De organisator moet dus kennis over en van de actoren krijgen, om aan te sluiten op hun belangen en doelen en om eventuele prikkels te kunnen geven. Hij moet deze kennis gedurende het proces actueel te houden.

#### **Inschakelen van de burger**

Een belangrijke speler is de burger

In veel gevallen zal ook de inzet van de burger noodzakelijk zijn. Vraag is dan om welke groepen uit de bevolking het gaat en welk belang zij kunnen hebben bij meewerken aan verbetering. Het beroep op de eigen verantwoordelijkheid zal vruchteloos blijven als niet wordt aangesloten bij de belangen van die burger.

Ook zijn belangen liggen soms niet primair bij zijn gezondheid

Soms zijn die belangen gemakkelijk te vinden, soms moeten ze ontdekt worden door op zoek te gaan naar 'groepen met doelen' in plaats van naar doelgroepen. Effectieve communicatie en selectie van de juiste interventies vereisen gerichte kennis (segmentatie en onderzoek). Belangen kunnen ook ontstaan door financiële prikkels en regulering. Daarbij is de overheid uiteraard aan zet.

#### **Inschakelen van de zorgverzekeraar**

De zorgverzekeraar is eveneens een belangrijke actor

Zorgverzekeraars zijn eveneens belangrijke actoren bij de aanpak van complexe volksgezondheidsproblemen. Om hun inzet te vergroten moet preventie, waar mogelijk, opgenomen worden in richtlijnen. Ook informatie over kosteneffectieve interventies kan ervoor zorgen dat zorgverzekeraars een actievere rol gaan spelen.

Er zijn mogelijkheden hen meer te betrekken bij preventie. Dat vraagt soms verder onderzoek

Verder kan VWS de mogelijkheden van de WVG-express voor preventieactiviteiten bij zorgverzekeraars onder de aandacht brengen en een stimuleringsregeling ontwerpen. Verstrekken maatregelen zoals genoemd in hoofdstuk vier vragen verder onderzoek. Het CVZ kan dergelijk onderzoek verrichten. Op basis daarvan neemt het kabinet dan een besluit.

#### **Inschakelen van andere sectoren**

Intersectorale samenwerking kan binnen een nieuwe samenwerkingsstructuur

De noodzaak van intersectorale samenwerking en afstemming moet in een vroeg stadium verkend worden. Ook departementen of wethouders met een ander aandachtsgebied dan volksgezondheid zullen vaak deel uit moeten maken van een samenwerkingsstructuur. In ieder geval moeten

bestuurders en beleidsmakers binnen VWS en de gemeenten goede relaties onderhouden met relevante departementen en sectoren.

### **Inschakelen van internationale organisaties**

Internationale samenwerking moet onderdeel zijn van de aanpak

Internationale organisaties kunnen op drie manieren onderdeel zijn van de beleidsstrategie: als kennisleverancier, als regelgevende instantie of als partner bij de aanpak (gezamenlijke lobby). Ook hierbij zal de overheid vaak aan zet zijn. Zij moet zich bewust zijn van zowel de mogelijkheden die internationale contacten bieden als van de hindernissen die deze kunnen opwerpen.

### **3 Randvoorwaarden creëren**

De overheid moet een aantal randvoorwaarden scheppen

De overheid moet een aantal randvoorwaarden scheppen om de aanpak van complexe volksgezondheidsproblemen mogelijk te maken.

#### **Aanvullen van de kennisinfrastructuur**

Een passende kennisinfrastructuur

De kennisbehoefte voor de belangrijke volksgezondheidsproblemen moet in kaart gebracht worden. Als determinantenonderzoek nodig is, zal dit soms uitbreiding van de bestaande onderzoeksprogramma's vergen. Ook moet ruimte gemaakt worden voor onderzoek naar interventies die buiten kaders van de zorg vallen, en voor innovatie en creativiteit, vooral wanneer nog weinig bekend is over effectieve interventies.

Die flexibel is en ruimte biedt

Om dat te kunnen doen moeten de organisatie en financiering van de kennisontwikkeling flexibel van opzet te zijn. Onderzoek moet zo veel mogelijk rond een probleem georganiseerd te worden. Dit om versnippering en onderlinge concurrentie tegen te gaan.

En die innovatie en creativiteit ondersteunt

Bij grote onzekerheid over het risico of de aanpak is centrale coördinatie van belang. Zijn er nog weinig effectieve interventies bekend dan is ruimte voor innovatie en creativiteit nodig. Bij implementatie en landelijke introductie van beleidsinterventies gaat het er om kennisontwikkeling dicht bij de uitvoering te organiseren en de financiering daarop aan te passen. Dat komt neer op langduriger en meer invloed van het veld.

#### **Regionale informatievoorziening stimuleren**

Nieuwe instrumenten zijn nodig

De informatievoorziening over de nationale volksgezondheid staat inmiddels op hoog niveau, ook in vergelijking met andere landen, door de periodieke VTV en andere bronnen, zoals het Nationaal Kompas en het Brancherapport Preventie.

Een regionale VTV

Voor het lokale beleid zou deze nog aangevuld moeten worden met regionale VTV's. Er is al een start gemaakt met een regionale VTV in Midden-Brabant. Afstemming van de jaarplannen van de WCPV en de Wmo is daarbij belangrijk.

Integrale kosteneffectiviteitanalyses

Integrale kosteneffectiviteitanalyses	<p><b>Integrale kosteneffectiviteitanalyse uitvoeren</b></p> <p>Integrale kosteneffectiviteitanalyses zijn een onmisbaar onderdeel van de beleidsstrategie. De eindverantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de overheid (VWS of een ander departement, of de gemeente). Zij kan deze verantwoordelijkheid delegeren als een andere actor zich opwerpt als organisator.</p>
En nieuwe vaardigheden	<p><b>Verbeteren van vaardigheden</b></p> <p>De in dit advies bepleite aanpak vraagt nieuwe vaardigheden van bestuurders, beleidsmakers en professionals. Communicatie- en onderhandelingsvaardigheden zijn onontbeerlijk, want zij moeten kunnen omgaan met onzekerheid, cultuurverschillen en belangentegenstellingen, zonder te blijven hangen in zinloos ‘gepolder’. Ook moeten zij zich kunnen verdiepen in andere actoren, of dit nu de burger, het bedrijfsleven of de school is.</p>
Ook in de internationale relaties	<p>Verder zijn netwerk- en lobbyvaardigheden van belang. Meer kennis van en aanwezigheid (kwantitatief en kwalitatief) bij de besluitvorming in Brussel kan vruchten afwerpen voor de aanpak van problemen in Nederland. Dat geldt ook voor het bouwen en onderhouden van relaties met internationale (kennis)organisaties.</p>
Het creëren van de juiste randvoorwaarden brengt kosten met zich mee	<p><b>Randvoorwaarden financieren</b></p> <p>Het creëren van de juiste randvoorwaarden kost geld. Vooral de integrale kosteneffectiviteitanalyses en investeringsafwegingen, het verbeteren van vaardigheden en het uitvoeren van de regionale VTV's brengen extra kosten met zich mee (raming voor dit moment 150.000 euro per regio). Hoewel van alle actoren inzet wordt gevraagd, zal het leeuwendeel van de investeringen uit de algemene middelen komen. Uit de analyses zal vervolgens blijken waar eventuele opbrengsten terechtkomen. Partijen die daarvan profiteren kan dan gevraagd worden om een bijdrage.</p>

#### **4 Integrale investeringsafwegingen maken**

Kosteneffectiviteitanalyses en investeringsafwegingen zijn noodzakelijk

Het is niet op voorhand vast te stellen wat de meerkosten zullen zijn van de aanpak zoals de raad in dit advies voorstelt. Als bij beleidsprocessen voor complexe volksgezondheidsproblemen gewerkt gaat worden met een integrale kosteneffectiviteitanalyse en een integrale investeringsafweging, dan zal gaandeweg duidelijk worden wat de implicaties zijn voor het gebruik van middelen (bijvoorbeeld bij verdeling tussen cure, care en preventie).

Soms zullen besparingen mogelijk zijn. In andere gevallen zullen kosten overgeheveld worden naar andere sectoren (bijvoorbeeld van cure of care naar preventie). Maar het is zeer waarschijnlijk dat het nodig is om te investeren. Gezondheid kost geld.

Daarvoor moet kennis worden opgebouwd en aangetrokken

### **Investeringsafwegingen laten uitvoeren**

Het ministerie van VWS kan het RIVM opdragen de integrale kosten-effectiviteitanalyses uit te voeren en de investeringsafwegingen te ondersteunen, voorafgaand aan, tijdens en na het uitvoeren van de beleidsstrategie. Ook de Algemene Rekenkamer kan ingeschakeld worden: die heeft immers ook veel ervaring, vooral met het financieel doorrekenen van belangen en effecten (zoals bij de OV-chipkaart). De raad wijst op het belang van een brede definitie van opbrengsten bij dergelijke exercities, vooral waar het gaat om gezondheidswinst.

Gezondheid kost geld. De investeringen moeten echter weloverwogen gedaan worden

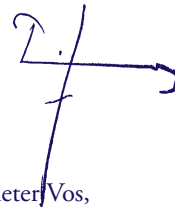
### **Meer investeren in gezondheid**

Het nieuwe kabinet moet zich ten principale bereid verklaren om meer te investeren in gezondheid. Natuurlijk moet dat vervolgens weloverwogen te gebeuren, op basis van een integrale investeringsafweging. Middelen moeten gericht ingezet worden en de opbrengsten moeten zo goed en zo breed mogelijk gemeten worden (kosteneffectiviteit). Bij complexe problemen is dat niet altijd eenvoudig. Toch is het juist dan van het grootste belang om deze afwegingen zo goed mogelijk te maken.

### **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**



Rien Meijerink,  
voorzitter



Pieter Vos,  
algemeen secretaris



# Bijlagen



## Bijlage 1

### Onderdeel uit het Werkprogramma 2005

In de afgelopen jaren is er veel gebeurd op het terrein van de publieke gezondheid. Er lijken nieuwe mogelijkheden te ontstaan, maar er groeit ook een gevoel van urgentie bij bevolking en beleidsmakers. Dit heeft een aantal achtergronden: op enkele terreinen leiden gedragskeuzen van mensen tot steeds grotere (en vermijdbare) gezondheidsproblemen (obesitas; alcoholgebruik; te weinig beweging); er dreigen epidemieën van gedragsgerelateerde ziekten; steeds vaker komen artsen tot de conclusie dat de grenzen van het medisch handelen zijn bereikt, dat voorkomen beter is dan genezen. Bovendien: er komen meer (evidence based) mogelijkheden om ongezondheid daadwerkelijk te voorkomen, ook door inschakeling van de curatieve zorg. Op een paar andere beleidsterreinen – huisvesting, arbeid en landbouwproductie – komt men steeds meer tot het inzicht dat gezondheidsbescherming en – bevordering moet worden nagestreefd. Met andere woorden: urgentie, bedreigingen én kansen.

De RVZ heeft een aantal adviezen uitgebracht over publieke gezondheid (facetbeleid; nieuwe risico's; gezondheid en gedrag; volksgezondheid en zorg). Dit nieuwe advies is vooral bedoeld de publieke gezondheid, mede gelet op de toenemende aandacht, nationaal en internationaal te omkaderen en een bijdrage te leveren aan een juiste positionering op de politieke en de maatschappelijke agenda. De raad zal de mogelijkheden daartoe onderzoeken en concrete suggesties doen om dit te realiseren. Het advies richt zich in eerste instantie tot de bewindslieden van VWS, maar ook tot het parlement, tot lagere overheden en tot de zorgsector. Met het advies levert de raad een bijdrage aan een 'actieprogramma VWS'. Het advies zal dan ook concreet en bondig zijn, gebaseerd op het beschikbare materiaal, gebruik makend van het momentum.

Aandachtspunten zijn onder meer:

- de taakveldafbakening publieke gezondheid inclusief voedsel en gezondheidsbescherming en preventie;
- de verantwoordelijkheidstoedeling van de publieke gezondheid in het veld van publieke en private samenwerking;
- de uitvoering van de publieke gezondheid op lokaal, regionaal en landelijk niveau en de positionering van gemeenschappelijke gezondheidsdiensten van gemeenten ten opzichte van rijkstaken en vice versa;
- de rol van de eerste lijn in de publieke gezondheid;
- achterstands- en bijzondere groepen in de samenleving;
- mogelijkheden om door preventie en gezondheidsbevordering de zorguitgaven te beperken; substitutie van 'zorg' door 'volksgezondheid'; besparingsmogelijkheden door versterking van publieke gezondheid;

- de relatie tussen preventie enerzijds, care en cure anderzijds, in operationeel, professioneel en financieel opzicht;
- macro-economische doorkijk van substitutie van te voorkomen gezondheidsschade door op den duur niet te voorkomen gezondheidsschade (dood-ga-je-toch-gedachte).

De raad zal in zijn advies in ieder geval op twee bevolkingsgroepen inzoomen:

- jeugd (en dus: gezond opgroeien);
- ouderen (en dus: gezond aan het werk blijven en ouder worden).

Het gaat dan om de bevordering van de gezondheid en het voorkomen van ongezondheid bij deze twee groepen. Advieskader vormen de beleidsvoornemens van het kabinet met het zorg- en het verzekeringsstelsel. Daarbinnen moet naar nieuwe kansen voor de publieke gezondheid worden gezocht. Om de probleemstelling aan te scherpen en om de functionaliteit van het advies te vergroten, zal eind 2004/begin 2005 een startconferentie worden georganiseerd voor alle betrokken VWS-onderdelen, de RVZ en externe deskundigen.

## Bijlage 2

### Adviesvoorbereiding

#### *Adviesvoorbereiding vanuit de Raad*

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

#### *Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep*

Mw. drs. M.G. Wats, projectleider

Mw. drs. M.P.M. Bekker

J.B.J. Drewes, arts

Mw. drs. I. Wallenburg

Mw. dr. P. Slot, redactie

Mw. A.J.J. Dees, projectsecretaresse

De raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving.

De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

#### *Gevolgde procedure*

Het adviesproject is begonnen met een startbijeenkomst tussen representanten van het ministerie van VWS als opdrachtgever en de RVZ als opdrachtnemer. De startbijeenkomst is gehouden op 25 februari 2005.

Regelmatig overleg heeft plaatsgevonden met de volgende personen:

Erasmus MC

RIVM

UMC St. Radboud

GG&GD Amsterdam

ZonMw

De heer prof. dr. J.P. Mackenbach

Prof. J.A.M. van Oers

Prof. J. van der Velden

De heer prof. dr. N.S. Klazinga

Mevrouw dr. M.B.J.A. Janssens

Tijdens het adviesproject zijn de volgende personen geconsulteerd:

Academisch Medisch Centrum/VU

Academisch Medisch Centrum/VU

Academisch Medisch Centrum/VU

Active Living

Agis Zorgverzekeringen

Agis Zorgverzekeringen

Arbo Unie BV

Arbo Unie BV

De heer prof. dr. D. Post

De heer prof. dr. R.A. Hirasings

Mevrouw C.M. Renders

De heer F. van Leerdam

De heer T. den Hartog

De heer N. Groeneweg

Mevrouw A. Poll

De heer drs. H.B.M. van der

Laan

De heer J. Kleberg

Bedrijvenvereniging Amsterdam Z.O.	De heer drs. M.E. de la Rose
Big!Move St. VELG	Mevrouw M. Aalders
Big!Move St. VELG	De heer L. Overgoor
Breed Platform Verzekerden en Werk	Mevrouw J. Komduur
Breed Platform Verzekerden en Werk	Mevrouw M. Schoneveld
College voor Zorgverzekeringen	De heer drs. C.H.F. Gimbrere
College voor Zorgverzekeringen	Mevrouw dr. F. Rikken
College voor Zorgverzekeringen	Mevrouw M. Veenstra
CZ	De heer A.J.G.A.C. Prince
CZ Gezondheid en Bedrijf	De heer K. Nicolas
Delta Lloyd Zorg	De heer drs. G.J. Wissink
Delta Lloyd Zorg	De heer K. van der Tooren
DHV Environment and	De heer J.B. Jutte
Infrastructure BV	
FNV	De heer T. Heerts
Fruiture Kids	De heer W.T. Heemskerk
Fruiture Kids	De heer J. van Roon
Gemeente Amsterdam	De heer S. Jacobs
Gemeente Amsterdam	De heer D. Stadig
Gemeente Delft	De heer D. Rensen
Gemeente Den Haag	De heer prof. dr. H.G.J.
	Nijhuis
Gemeente Hoogezand-Sappemeer	De heer C. Drost
Gemeente Nijmegen	De heer F. Claessen
GEPOMA	De heer L. Crijns, MSc
Gezondheidsraad	De heer prof. dr. W.F.
	Passchier
GGD Amsterdam	De heer F. Woudenberg
GGD Dordrecht	De heer F. Zebel
GGD Hart voor Brabant	Mevrouw Hermans
GGD Hart voor Brabant	Mevrouw M. van Bon
GGD Hart voor Brabant	De heer P. van der Velpen
GGD Nederland	Mevrouw A. Koornstra
GGD Nederland	De heer dr. M. de Vries
GGD Nederland	De heer M. Veldt
GGD Nederland	De heer E. de Hondt
GGD Nederland	Mevrouw T. Prins
GGD Nederland	Mevrouw drs. M.H.P.A.
	Bögels, MBA
GGD Nederland	De heer drs. J.C.M. van
	Wijngaarden
GGD Rotterdam e.o.	Mevrouw J. van den Bogaard
GGD Rotterdam e.o.	De heer W. de Haes
IJsselland Ziekenhuis	De heer H.J. Veeze, Md, PhD
ING Arbodienst	De heer W. Postma
Interpolis	De heer A. Stolk

Interprovinciaal Overleg	De heer dr. R. van Herk
Management Consulting	De heer prof. dr. R.M. Lapré
Ministerie van V en W	De heer Van Gurp
Ministerie van VROM	De heer H. van der Vlist
Ministerie van VWS	De heer ir. J.I.M. de Goeij
Ministerie van VWS	De heer L. Kliphuis, MPH
Ministerie van VWS	Mevrouw drs. L. Kootstra
Ministerie van VWS	Mevrouw ir. L.A.M. Kuijpers
MKB Nederland	Mevrouw drs. K. Kuiper
MKB Nederland	De heer mr. W.M.J.M. van Mierlo
Natuur- en milieuplanbureau	De heer E. Buringh
Natuur- en milieuplanbureau	Mevrouw J. Beck
Natuur- en milieuplanbureau	De heer ir. H.S.M.A. Diederer
Natuur- en milieuplanbureau	De heer dr. L. van Bree
Nederlandse Public Health Federatie	De heer J.M. Boot
Nederlandse Public Health Federatie	Mevrouw mr. M.J.G. de Jager
Nederlandse Vereniging voor Arbeid en Bedrijfsgeneeskunde	De heer mr. P.E. Rodenburg
Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde	De heer F. van Duijn
Netherlands School of Public Health	Mevrouw drs. E. Abbema
Netwerk Gezonde Gemeenten	De heer dr. M. Commers
NIGZ	De heer drs. E.C. Ruland
NIGZ	De heer G. Buys
NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit	Mevrouw dr. ir. C. Nijboer
NISB	Mevrouw drs. Y.O. Wagemaker
RIVM	De heer G. de Hollander
RIVM	Mevrouw drs. I. Storm
RIVM	Mevrouw J.M. den Broeder, MPH
RIVM	Mevrouw dr. M. Droomers
Schoolmanager VO	Mevrouw I. de Kort
Schoolmanager VO	Mevrouw W. van Velden
SEO Economisch Onderzoek	De heer prof. dr. C.C. Koopmans
Siemens Nederland N.V./Arbodienst	De heer H. Kuiper
Sociaal en Cultureel Planbureau	Mevrouw drs. G.J.M. Jehoel
Sociaal en Cultureel Planbureau	De heer drs. J.M. Timmermans
Stadsdeelraad Amsterdam-ZO	De heer C. Kaper
Stichting Consument en Veiligheid	Mevrouw H. Schouten
Stichting Trajekt	De heer R. Hageman
Stichting Trajekt	Mevrouw R. Schols
Stichting Voedingscentrum Nederland	Mevrouw C.J.E. Aarsen

Stichting Voedingscentrum Nederland	Mevrouw K. Bemelmans
Stichting Voedingscentrum Nederland	De heer B. Breedveld
STIOM	Mevrouw M. Merkus
Subcommissie psychische problematiek van Commissie Werkend Perspectief	Mevrouw drs. I.N. Hento
Technische Universiteit Delft	De heer prof. dr. G.P. van Wee
TNO Kwaliteit van Leven	mevrouw prof. dr. ir. P.M. Bongers
TNO Kwaliteit van Leven	De heer J.P. van Wouwe, Md, PhD
Universiteit Utrecht	De heer prof. dr. B. Brunekreef
Universiteit van Maastricht	Mevrouw dr. K. Horstman
Vereniging van Nederlandse Gemeenten	Mevrouw E. Theunissen
VNO NCW	Mevrouw mr. C.S. Frenkel
VNO NCW	De heer mr. M.E.M. Nuyten
Vrije Universiteit Amsterdam	De heer prof. dr. ir. J.C. Seidell
VUmc	Mevrouw prof. dr. H.A. Delemarre-van de Waal
ZonMw	Mevrouw E. van Steekelenburg

#### *Bijeenkomsten*

De volgende bijeenkomsten zijn in samenwerking met de Nederlandse Public Health Federatie en SamenSprak Advies georganiseerd:

- Zorgverzekeraarsdebat op 3 februari 2006 in de Fundatie van Renswoude te Utrecht;
- Expertmeeting Overgewicht bij kinderen op 31 januari 2006 in het Penta college 'De oude Maas' te Spijkenisse (in samenwerking met de gemeente Spijkenisse en GGD Zuidhollandse Eilanden);
- Bijeenkomst over maatschappelijke participatie op 1 maart 2006 in het Milieu Huis in Spijkenisse (in samenwerking met de gemeente Spijkenisse en GGD Zuidhollandse Eilanden);
- Bijeenkomst over de mogelijkheden aanpak psychosociale problemen op de werkvloer op 28 maart 2006 bij de RVZ in Zoetermeer;
- Expertmeeting Overgewicht op 29 maart in het Wereldmuseum in Rotterdam (in samenwerking met de gemeente Rotterdam en GGD Rotterdam en omstreken).

Het verslag van het verzekeraarsdebat is in bijlage 6 van dit advies opgenomen. Verder is het verslag van de bijeenkomst over de mogelijkheden aanpak psychosociale problemen op de werkvloer opgenomen als bijlage 2 van de achtergrondstudie Werk als medicijn in de bundel Publieke gezondheid: achtergrondstudies. De overige verslagen van bovengenoemde bijeenkomsten staan vermeld op de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)), hierin worden eveneens de deelnemers aan de betreffende bijeenkomsten genoemd.



## Bijlage 3

### Definities

In de internationale literatuur circuleren veel definities van de term Public Health. Deze definities gaan van het brede ‘alle maatschappelijke activiteiten op het gebied van gezondheid, inclusief de gezondheidszorg’ tot het smalle ‘overheidsbeleid op het gebied van gezondheid’.

In het signalement ‘Het preventieconcert’ rekent de RVZ de volgende domeinen tot de PG:

- Gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering.
- Ziektepreventie in de openbare gezondheidszorg én in de gezondheidszorg.
- Gezondheidsbeleid sectoraal en intersectoraal, lokaal, regionaal, nationaal en internationaal.

De definities die de RVZ in het advies *Volksgezondheid en Zorg* hanteert, zullen ook hier gebruikt worden. Hieronder een overzicht.

Eerst wordt omschreven, wat in dit kader onder preventie precies wordt verstaan. Er bestaan voor preventie verschillende indelingen. Klassiek is de indeling in:

1. *primaire* preventie = ziekteoorzaken, risicofactoren en blootstelling verminderen of wegnemen;
2. *secundaire* preventie = risicofactoren en predispositie opsporen en behandelen;
3. *tertiaire* preventie = monitoren van complicaties en gevolgen van bestaande ziekte.

Beleidsmatig hanteert de RVZ het onderscheid in:

*protectie* = gezondheidsbescherming;

*promotie* = gezondheidsbevordering, en

*ziektepreventie* = voorkomen van ziekte.

Gezondheidsbescherming richt zich daarbij op de hele bevolking of omschreven groepen daaruit (= *collectieve* preventie).

Gezondheidsbevordering kan daarnaast ook individueel zijn (= *individuele* preventie), en ziektepreventie kent zowel individuele als collectieve varianten. Bij collectieve preventie wordt uitgegaan van risico's, zoals die voor de hele bevolking of subpopulaties gevonden zijn; bij individuele preventie van gezondheidsrisico's, zoals die voor de betreffende persoon zijn vastgesteld.

Methodologisch is het volgende onderscheid van belang:

- Wanneer preventieve activiteiten worden ondernomen op basis van wetenschappelijk vastgestelde risico's en interventies bij een bepaald volksgezondheidsprobleem met een daaruit ontwikkeld preventief programma wordt dat *programmatische* preventie genoemd. Daarbij gaat het altijd om gezondheidsrisico's die zijn vastgesteld voor een omschreven populatie. Deze is dus altijd *collectief* van aard. Belangrijke voorbeelden zijn het Rijksvaccinatieprogramma, de (preventieve) jeugdgezondheidszorg, de screeningsprogramma's voor borst- en baarmoederhalskanker en de griepvaccinatie.
- Wanneer preventieve activiteiten worden ondernomen op basis van risicobevindingen bij individuele personen spreekt men van *casuïstische of opportunistische* preventie. Deze is bijna altijd *individueel* van aard. Dit is het geval wanneer op grond van contacten in de gezondheidszorg preventieve activiteiten worden gestart, zoals cholesterolverlaging. Vaak zullen deze activiteiten niet als preventie benoemd worden. Ook bij individuele preventie gelden wel een aantal regels. Zo moet in ieder geval aannemelijk zijn, dat de interventie potentieel tot het beoogde resultaat kan leiden, en moeten de eventuele neveneffecten aanvaardbaar zijn. Van veel vormen van individuele preventie is op dit moment nog onduidelijk of zij wel tot het beoogde resultaat leiden. Dat geldt bijvoorbeeld voor een regelmatige health-check en voor veel gepropageerde voedingssupplementen.
- Een tussenpositie wordt ingenomen door zogenaamde *case-finding*, waarbij min of meer systematisch bij in aanmerking komende personen hun individuele risico wordt vastgesteld. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de huisarts bij alle patiënten boven een bepaalde leeftijd ongeacht de reden van hun komst regelmatig de bloeddruk meet.
- Gezondheidsbevordering kan zowel collectief programmatisch, als individueel zijn. Naast op de bevolking gerichte voorlichting is er individuele voorlichting over bijvoorbeeld stoppen met roken mogelijk.

Verder behoort veel preventie niet tot het domein van de gezondheidszorg of de Publieke gezondheid. Gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering hebben vaak, mede uit het oogpunt van effectiviteit, een intersectoraal karakter, zoals bij preventie van (verkeers)ongevallen, beroepsziekten en ongezonde leefgewoonten. Wanneer deze intersectorale aspecten bij de preventiemogelijkheden niet worden meegenomen, worden ook kosten die elders gemaakt worden op de gezondheidszorg, en daarmee op de ziektekostenverzekering, afgewenteld.

Verskillende vormen van preventie zijn met elkaar in competitie en concurrentie. Preventie van hart- en vaatziekten kan gericht zijn op veranderen van ongezonde leefgewoonten, het opsporen van individuele

risico's zoals verhoogd(e) bloeddruk en cholesterol met bijbehorende medicamenteuze behandeling, of het voorkomen van complicaties en gevolgen bij opgetreden ziekte. Al deze vormen van preventie kennen verschillende preferenties bij de burger, maar ook bij de beroepsbeoefenaars, de zorgverzekeraars en de overheid, mede gebaseerd op de waardering voor de maatschappelijke, financiële en economische effecten.



## Bijlage 4

### Overzicht belangrijkste volksgezondheidsproblemen

Welke volksgezondheidsproblemen vragen de komende decennia om aandacht en waar moeten de altijd beperkte middelen in geïnvesteerd worden? Het doel is dan: vergroting van het aantal ziektevrije jaren, verbetering van de kwaliteit van leven of verlenging van de levensverwachting. Soms is opbrengst echter ook financieel, en zullen investeringen leiden tot kostenreductie. In bepaalde gevallen gaat het ook om het keren van een negatieve ontwikkeling, zoals bij overgewicht en diabetes.

In dit hoofdstuk komen eerst de gezondheidsproblemen van de bevolking in het algemeen aan bod. Vervolgens wordt gekeken welke typen inspanningen het meest kunnen opleveren. Per leeftijdscategorie wordt die vraag anders beantwoord. Achtereenvolgens komen aan bod: de jeugd en de jongvolwassenen, mensen in de arbeidsproductieve leeftijd en ouderen. Investeren in een gezonde leefomgeving is voor ons allemaal van belang. Daar sluit het hoofdstuk dan ook mee af.

#### Algemene gezondheidsproblemen

De meeste sterfte wordt veroorzaakt door coronaire hartziekten, beroerte en kanker. Dit geldt vooral voor sterfte op oudere leeftijd. Bij jongere mensen gaat het vooral om verkeersongevallen, suïcide en borstkanker. Bij kinderen zijn, naast de perinatale sterfte en aangeboren afwijkingen, ook ongelukken en suïcide van belang. Kwaliteit van leven wordt vooral aangetast door psychische aandoeningen, coronaire hartziekten en artrose. Coronaire hartziekten, angststoornissen, beroerte, COPD en ook alcoholafhankelijkheid en depressies scoren hoog als het gaat om ziektelast. De duurste aandoeningen zijn verstandelijke handicap, dementie, beroerte en coronaire hartziekten.

De onderstaande tabel laat zien welke aandoeningen een stijgende lijn vertonen. Chronische aandoeningen die een stijgende lijn vertonen zijn: diabetes mellitus en depressie en angststoornissen. De sterfte aan coronaire hartziekten en kanker neemt af. De sterfte aan kanker daalt echter langzamer waardoor kanker in de komende jaren de belangrijkste doodsoorzaak zal worden.

**Tabel 1 Rangordening op basis van grootste, statistisch significante, veranderingen in de periode 1993-2003<sup>a</sup>**

	Prevalentie	Incidentie	Sterfte
Sterkste stijgers	Astma	Longkanker	Dementie
	Diabetes mellitus	Borstkanker	Longkanker (v)
	Depressie	Huidkanker	COPD (v)
	Angststoornissen		
	Beroerte	Diabetes mellitus	Slokdarmkanker (m) Accidentele val
Sterkste dalers	COPD	Longkanker (m)	Coronaire hartziekten (m)
	Zweren maag, darm	Influenza	Longkanker (m)
	Slechthorendheid	Privé-ongevallen	Beroerte
	Hartfalen	Maagkanker (m,v)	Hartfalen
	Ziekte van Parkinson	Sportblessures	COPD

<sup>a</sup>. Cijfers zijn verkregen uit de resultaten van een lineaire regressie-analyse over incidentie, prevalentie en sterftegegevens voor de 53, voor VTV geselecteerde, ziekte(groepen). Gecorrigeerd voor leeftijd. Ziekten met de sterkste stijging c.q. de sterkste daling staan steeds bovenaan.

m = mannen, v = vrouwen, m/v = cijfers alleen beschikbaar voor mannen en vrouwen samen.

Bron: RIVM, Zorg voor gezondheid 2006

Er komt steeds meer kennis beschikbaar over de relatie tussen risicofactoren c.q. -gedrag en ziekte. Roken blijft op afstand de meeste schade veroorzaken. Opvallen is verder de grote bijdrage van overgewicht aan de ziektelast; bijna 10%.

**Tabel 2 Bijdrage in procenten van acht belangrijke risicofactoren aan verloren levensjaren. Ziektejaren equivalenten, ziekte last in DALY en kosten van ziekten in de populatie 20+**

Risicofactor	Verloren levensjaren (%)	ZJE %	Ziekte last in DALY	Kosten van ziekten %
Roken	20,9	7,1	13,0	3,7
Verhoogde bloeddruk	10,8	5,6	7,8	3,3
Te weinig groente/fruit/vis	9,2	3,9	6,1	2,0
Overgewicht	5,8	12,7	9,7	2,0
Lichamelijke inactiviteit	4,9	3,5	4,1	1,4
Verhoogd cholesterol	3,3	2,2	2,7	0,7
Overmatig alcoholgebruik	2,7	5,4	4,5	0,4
Verzadigd vet	0,9	0,6	0,8	0,2

Bron: VTV 2006

Twee risicofactoren ontwikkelen zich ongunstig; overgewicht vertoont een sterk stijgende trend over de gehele bevolking. Het percentage mensen met een BMI >30 steeg van 4 (?) en 6% (?) in 1980 naar 10 (?) en 11% (?) in de periode 2005. Daarnaast neemt het alcoholgebruik onder jongeren toe, vooral onder meisjes. Een probleem vormt met name het zogenaamde 'binge drinken'.

### **Inspanningen bij de jeugd**

Op basis van de scan blijkt dat de inspanningen zich bij jeugd en jongvolwassenen moeten richten op de bestrijding van een aantal ziekten en risicofactoren.

Bij kinderen van 0-14 jaar veroorzaken aangeboren afwijkingen, verstandelijke handicaps, privé-ongevallen en aandoeningen van de ademhalingsorganen de meeste ziektelast. Al deze aandoeningen lenen zich goed voor preventie. De oorspronkelijk stijgende trend in het aantal astmapatiënten lijkt weer langzaam af te buigen. Astma op jonge leeftijd predisponeert voor COPD op latere leeftijd.

Bij jongvolwassenen (15-24 jaar) gaat het vooral om alcoholafhankelijkheid, angststoornissen en depressie. Psychische stoornissen veroorzaken 60% van de ziektelast van jongeren. Psychische problemen komen vaker voor bij jongeren afkomstig uit de sociaal zwakkere milieu's en allochtone gezinnen. Ze vormen ook weer een groot risico voor psychische problemen en arbeidsverzuim op latere leeftijd.

Kijkend naar risicofactoren valt direct het aantal kinderen en jongeren met overgewicht op. Recent gepubliceerd onderzoek van het Vumc en TNO Kwaliteit van Leven laat zien dat op dit moment 13% van de jongens en 17% van de meisjes van nul tot negentien jaar overgewicht heeft. Kinderen worden op steeds jongere leeftijd te dik en bij zowel jongens als meisjes in de leeftijd van vier tot twaalf jaar is het aantal kinderen met obesitas sinds 1997 verdrievoudigd (TNO, 2006). De Gezondheidsraad schat dat als de trend zich doorzet, in 2015 15-20% van de volwassenen in Nederland obesitas hebben. Overgewicht verhoogt het risico op diabetes mellitus type II op jonge leeftijd, maar vooral ook op latere. Diabetes mellitus veroorzaakt nu 4% van de ziektelast van de bevolking en vertoont een stijgende trend. Ernstig overgewicht neemt 5,3% van de ziektelast van de bevolking voor zijn rekening.

Voor alcohol geldt eveneens een stijgende trend. Kinderen en jongeren drinken meer en beginnen op steeds jongere leeftijd. In internationale vergelijkingen scoren de Nederlandse jongeren hoog. 58% van de jongeren (? en ?) drinkt regelmatig. Deze jongeren maken een grotere kans op alcoholproblemen later in hun leven. Onder de verkeersslachtoffers door alcohol (250 doden en 3500 gewonden) is bijna een kwart jonge mannen in de leeftijd van 18-24 jaar.

Het percentage jongeren dat rookt blijkt redelijk stabiel; de lichte stijging in 1991 lijkt zich na 1996 niet meer voort te zetten. Uit een enquête onder jongeren in 2004 bleek dat 22-25% van de jongeren in een periode van 4 weken gerookt had.

### **Inspanningen bij mensen in de arbeidsproductieve leeftijd**

Een volgende leeftijdsgroep is die van de mensen van 20 tot 65 jaar. Bij analyse van de ziektelast bij verschillende deelpopulaties (werkenden/werkelozen en arbeidsongeschikten) blijkt dat de aandoeningen niet wezenlijk verschillen. Het gaat vooral om klachten van het bewegingsapparaat, luchtweginfecties, chronische ziekten en psychische problemen. Werkenden hebben iets vaker te maken met ongevallen, terwijl arbeidsongeschikten veel vaker lijden aan chronische ziekten en psychische klachten.

Tien tot vijftien procent van de Nederlanders heeft astma of COPD en 2 procent van de instroom in de (voormalige) WAO is door COPD bepaald. De ziektelast van COPD onder mannen is de laatste jaren gedaald, onder vrouwen neemt deze echter toe (toename roken). Een deel van deze aandoeningen is ontstaan door het werk, een ander deel niet, maar heeft wel invloed op de arbeidsproductiviteit en/of verergert in de arbeidssituatie. Deze klachten spelen vooral in de industrie en de bouwnijverheid.

Een tweede belangrijke groep bestaat uit aandoeningen van het bewegingsapparaat. Vooral nek en rugklachten hebben een hoge incidentie en prevalentie. Het ziekteverzuim (en daarmee de impact op arbeidsproductiviteit) en het beroep op de gezondheidszorg door deze klachten is hoog. Er zijn effectieve interventies bekend waarbij een reductie van meer dan 60% gerealiseerd is. Kosten-batenanalyse laat een winst zien van 51% netto (besparing op verzuimkosten minus kosten interventies).

Uit onderzoek van Laitinen (2002) bleek dat één op de vijf werkenden een psychische stoornis volgens de DSM III-R criteria heeft. Een kwart miljoen werkende vrouwen lijdt aan een (depressieve) stemmingsstoornis en een half miljoen mannen aan alcoholproblematiek. Deze stoornissen bepaalden 34% van de instroom in de voormalige WAO.

### **Inspanningen bij ouderen**

Hoe zit het bij de ouderen? Naast de belangrijkste doodsoorzaken voor de bevolking als geheel zijn bij ouderen dementie, beroerte, longontsteking en COPD van belang. Gezien de vergrijzing is het echter vooral van belang om naar de toekomst te kijken. Dan blijkt dat bij ouderen diabetes mellitus, COPD en dementie de meeste ziektelast gaan veroorzaken. De grootste kostenstijgingen vinden we bij dementie, beroerte en coronaire hartziekten. Maar ook accidentele val, COPD en depressie scoren in dat opzicht hoog.

Veel van deze aandoeningen worden veroorzaakt door leefstijl in het verleden en zijn op latere leeftijd nog maar beperkt beïnvloedbaar met



preventie en vroegdiagnostiek. Bij depressie en angststoornissen en accidentele val is hiermee echter juist wel veel winst te behalen.

Ongeveer 5-8% van ouderen boven de 65 jaar heeft depressieve klachten. Het RIVM verwacht dat dit aantal de komende jaren zal toenemen. Ook angststoornissen komen bij ouderen vaak voor. Behalve door eenzaamheid treedt depressie bij ouderen ook op na of als gevolg van andere aandoeningen (een doorgemaakte TIA, of als gevolg van een chronische ziekte). Ook kan depressie een voorbode zijn van dementie. Psychische problemen worden bij ouderen vaak niet als zodanig herkend. Het vraagt om alertheid in de gezondheidszorg, zeker omdat effectieve interventies voor de aanpak van depressie voor handen zijn.

Accidentele val is een fors probleem in Nederland; één op de drie thuiswonende ouderen en de helft van de verpleeghuispatiënten valt tenminste éénmaal per jaar. In totaal gaat het om meer dan een miljoen valincidenten per jaar. Vallen heeft impact op het sociaal functioneren; 17% van de ouderen zegt na de val sociaal minder actief te zijn geworden. Het probleem brengt ook hoge kosten met zich mee; met 650 miljoen euro staat vallen op de zevende plaats. De oorzaken van vallen zijn divers (o.a. mobiliteitsstoornissen, obstakels, slecht licht, duizeligheid, psycho-farmaca en depressie). Preventie en behandeling van osteoporose kunnen de gevolgen van een val beperken.

#### **Inspanningen voor een gezondere leefomgeving**

Onze omgeving bepaalt mede onze gezondheid. Het RIVM onderscheidt factoren in de fysieke omgeving en sociale factoren. Deze paragraaf wijkt in die zin af van de voorgaande dat niet de aandoening, maar een risicofactor in de leefomgeving het uitgangspunt is.

De belangrijkste milieufactoren zijn luchtverontreiniging, geluid, veiligheid van zwem- en drinkwater, voedselveiligheid en huisstofmijt, schimmel en radon. Verkeersveiligheid (drempels en buurtopbouw) en veiligheid op het werk zijn andere aspecten van de fysieke omgeving. Ongeveer 2-5% van de totale ziektelast in Nederland is toe te schrijven aan milieufactoren. Onder de sociale factoren vallen onder andere de sociaal-economische status (SES) en sociale kwetsbaarheid.

#### **Bedreigingen in de fysieke omgeving**

Ten eerste is er de luchtkwaliteit. In het verleden gingen berichten over milieuverontreiniging vooral over verzuring door zwaveldioxide ('zure regen'). Deze niveaus zijn drastisch gedaald door de milieumaatregelen. Ozon en stikstof zijn niet langer in schadelijke concentraties aanwezig. De aandacht van de media en het beleid richten zich inmiddels vooral op fijn stof. Ondanks de beleidsaandacht zal de EU-norm voor 2006 in ons land niet gehaald worden.

Een tweede factor is geluid. Na een aanvankelijke daling van de geluidshinder is er vanaf 1993 weer sprake van een toename van ernstige hinder door geluid van verkeer, industrie en recreatie. Geluidshinder leidt tot stress, slaapverstoring, hoge bloeddruk en hart-en vaatziekten en dus tot kosten voor de zorg. Hoe hoog deze kosten zijn is niet bekend.

Ons binnenmilieu kent twee grote problemen; huisstofmijt en schimmel, en radon. Bij kinderen leiden huisstofmijt en schimmel tot astma, bij volwassenen tot verergering van luchtwegklachten. Het gemiddelde gezondheidsverlies bedraagt 500 DALY. Radon is een radioactief gas dat vrijkomt uit bouwmaterialen. Het veroorzaakt longkanker. Blootstelling aan radon leidt tot 800 extra gevallen van longkanker per jaar (10% van totale incidentie).

### **Factoren in de sociale omgeving**

Het RIVM onderscheidt de volgende beïnvloedende factoren in de sociale omgeving: gezinsproblemen, sociale relaties, sociale kwetsbaarheid, vroege life events, een aantal factoren gerelateerd aan de werksituatie, sociaal-economische status (SES), etniciteit, huishoudensamenstelling en urbanisatiegraad.

Het is bekend dat bijna alle volksgezondheidsproblemen en risicofactoren in grotere mate voorkomen bij mensen met een lage sociaal-economische positie en allochtonen. Mensen met een lage sociaal-economische status leven gemiddeld vier jaar korter en zij brengen tien tot vijftien jaar minder lang door in goede gezondheid dan mensen met een hoge sociaal-economische status.

Relatief grote verschillen tussen deze groepen zijn er voor lichamelijke beperkingen, ervaren gezondheid en gewrichtsaandoeningen. Verder komen chronische aandoeningen als eczeem, psoriasis, darmstoornissen en kanker vaker voor bij lager opgeleiden. Gezondheidsachterstanden concentreren zich in buurten, vooral in de grote steden. Dit resulteert in grote verschillen in gezondheid op buurtniveau, die samenhangen met de sociaal-economische status van de buurt. De gezondheidsachterstanden worden deels verklaard door minder gunstige woon- en werkomstandigheden en een relatief ongezondere levensstijl. De meeste verschillen in gezondheid en leefstijl tussen opleidingsniveaus zijn in de periode 1990-2003 stabiel gebleven.

Opmerkelijk zijn de onderzoeken waarin gekeken is naar de relatie tussen sociale steun en ziekte. Weinig steun kan leiden tot het ontstaan van een depressie, burnout en verhoging van het ziekteverzuim. Het ontvangen van meer emotionele steun hangt samen met een kleinere kans op het ontstaan van en de sterfte aan hart- en vaatziekten en met een betere

prognose bij kankerpatiënten (WHO, 2003; kans sterfte na hartaanval van 0,3 naar 0,05). Gebrek aan sociale steun is een omvangrijk probleem in Nederland. In de groep jongvolwassenen van 18-24 jaar rapporteerde in 1999 19% van de mannen en 34% van de vrouwen dat zij zich eenzaam voelden. De ervaren sociale cohesie hangt samen met de wijk waarin iemand woont.

### **Conclusie**

Waar moet in geïnvesteerd worden om de grote volksgezondheidsproblemen van de komende decennia aan te pakken? Per leeftijdscategorie zijn er specifieke prioriteiten te stellen.

Bij kinderen is het meest te winnen met het bestrijden van risicofactoren en ziekten die risico's voor de toekomst met zich meebrengen. Met name overgewicht, psychische problemen en alcoholmisbruik bij de jeugd vragen dan om aandacht.

Voor mensen in de arbeidsproductieve leeftijd gaat het vooral om het voorkomen en bestrijden van ziekten. Daarbij lijken vooral aandoeningen aan het bewegingsapparaat en psychische klachten van belang.

Bij ouderen gaat het eerder om het behoud van de (resterende) gezondheid. In dat opzicht kan veel bereikt worden door preventie van vallen en psychische problemen.

Het inperken van omgevingbedreigingen is voor ons allemaal van belang. Fijn stof is weliswaar controversieel, maar verdient aandacht. Geluid, ons binnenmilieu en de concentratie van ziekten bij mensen uit lagere economische groepen vragen ook investeringen.

Deze problemen zijn allen terug te vinden in de nota Langer gezond leven (VWS, 2003) en zullen grotendeels terugkeren in de nieuwe beleidsnota (Kiezen voor gezond leven, te verschijnen eind 2006). Het aanbrengen van een focus per leeftijdscategorie is van belang om de effectiviteit nog te vergroten. In het volgende hoofdstuk laat de RVZ aan de hand van vier concrete voorbeelden zien waarom het zo moeilijk is gebleken om de huidige volksgezondheidsproblemen aan te pakken.



## **Bijlage 5**

### **Een preventieparadox?**

Over de economische relevantie van publieke gezondheid

Drs. P.P.T. Jeurissen

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>71</b>
<b>2</b>	<b>Conceptuele relatie tussen doelmatigheid en publieke gezondheid</b>	<b>72</b>
<b>3</b>	<b>Kenmerken van preventie als economische goed</b>	<b>79</b>
<b>4</b>	<b>Doelmatigheid van preventie in macroperspectief</b>	<b>84</b>
<b>5</b>	<b>Doelmatigheid van preventie in microperspectief</b>	<b>88</b>
<b>6</b>	<b>Op weg naar een doelmatige preventiestrategie</b>	<b>92</b>
	De relatie tussen de verdeling van gezondheids- risico's en het aantal ziektegevallen	99
	Kosteneffectiviteitanalyse van preventie	100
	Literatuur	102

# 1 Inleiding

Deze notitie poogt duidelijkheid te scheppen over de relatie tussen publieke gezondheid en economie. We agenderen een tweetal vragen; welke is precies de conceptuele relatie tussen doelmatigheid en publieke gezondheid en welke bijdrage leveren economische inzichten voor een doelmatige publieke gezondheid? Publieke gezondheid bestaat uit een breed palet van diensten en producten, met sterk verschillende kenmerken en eigenschappen. Daarom focussen we ons bij de beantwoording van de vragen op één van de grootste gezondheidsproblemen van dit moment, namelijk het overgewicht en obesitas (bij kinderen). We spreken van overgewicht als de Body Mass Index (BMI) groter is dan 25. Ernstig overgewicht of obesitas betekent dat de BMI groter is dan 30.

Deze bijdrage begint met een conceptuele beschrijving van de relatie tussen publieke gezondheid en economie. We doen dit aan de hand van het begrip preventieparadox; dit begrip kan worden gehanteerd voor verschillende epidemiologische en economische opvattingen over de relatie tussen publieke gezondheid en doelmatigheid (paragraaf 2). We vervolgen deze bijdrage met een beschrijving van de belangrijkste economische kenmerken van publieke gezondheid. Het zijn met name de relatief grote onzekerheid over of en hoe de beoogde resultaten worden behaald en het gefragmenteerde productieproces dat daarbij van belang is (paragraaf 3). Paragraaf vier maakt duidelijk dat een goede publieke gezondheid van belang is voor de economie; een goede volksgezondheid vormt een belangrijke randvoorwaarde voor een economisch welvarende samenleving. Of preventie echter ook doelmatig is op het microniveau hangt af van de uitkomsten van relevante kosteneffectiviteitanalyses; deze zijn echter niet zonder problemen (paragraaf 5).

De beleidspraktijk wordt geconfronteerd met een schijnbare tegenstelling; wat op macroniveau doelmatig lijkt, is het niet altijd op het microniveau en omgekeerd. De afsluitende paragraaf behandelt waaraan we moeten denken bij een doelmatige strategie voor aanpak van problemen in de publieke gezondheid. We maken duidelijk dat deze, in het geval van overgewicht en obesitas, voor zover mogelijk moet worden gebaseerd op bewezen effectieve preventies, maar tegelijkertijd moet worden ingebed in een bredere benadering die aansluit bij de leefomgeving van de betrokkenen (populatiestrategie).

## 2 Conceptuele relatie tussen doelmatigheid en publieke gezondheid

### Doelgroepstrategie versus populatiestrategie

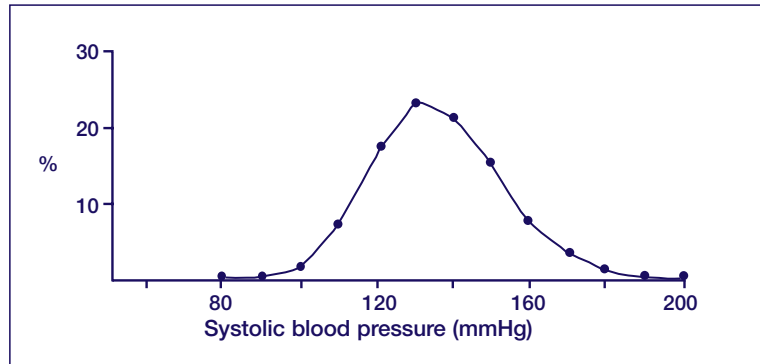
De preventieparadox van Geoffrey Rose is een bekende term uit de epidemiologie; preventie vraagt van relatief veel mensen een offer, terwijl er slechts bij een beperkte groep een ziekte wordt voorkomen<sup>1</sup>. Zo krijgt niet iedereen die overgewicht heeft of obees is na een aantal jaren een hartaanval; de meeste mensen die een autogordel dragen hebben hier geen nut van, omdat zij niet bij een ongeluk betrokken raken. De conclusie van Rose is dat de doelmatigheid van preventieve interventies toeneemt, naarmate de groep die hierbij gebaat is beter valt te identificeren. Dit staat bekend als de doelgroepenbenadering of de *high-risk* strategie; voorbeelden zijn screeningsprogramma's en het voorschrijven van bloed-drukremmers voor mensen die tot een bepaalde risicogroep behoren.

De doelmatigheid van deze doelgroepbenadering hangt samen met een aantal zaken; er bestaat een duidelijk causaal verband tussen risicofactor en ziekte; de doelgroep is makkelijk af te bakenen; er bestaat een werkzame vervolghtherapie. Kunnen deze drie vragen bevestigend beantwoord worden, dan ligt een programmatische aanpak voor de hand. Zo worden alleen vrouwen die ouder zijn dan vijftig gescreend op borstkanker en zijn prenatale testen bedoeld voor vrouwen boven de vijfendertig.

Roses belangrijkste punt is dat de doelgroepbenadering voor een groot aantal volksgezondheidsproblemen niet voldoet. Deze hangen immers mede samen met een grotere sociaal-culturele, technologische en economische inbedding van ziekte; hierdoor worden bijvoorbeeld onze eetgewoonten, het seksuele gedrag en onze bewegingsgewoonten beïnvloedt. Veel risicofactoren zijn tamelijk diffuus in de populatie aanwezig. Figuur 2.1 maakt dit duidelijk voor de bloeddruk; er zijn mensen met een hogere bloeddruk (rechterkant van de normale verdeling) net zo goed als er mensen zijn met een lagere bloeddruk (linkerkant van de normale verdeling). Elke populatie telt mensen met een hoge en met een lage bloeddruk; het onderscheid tussen ziek en gezond valt daardoor niet altijd even scherp te trekken (Pickering, 1968)<sup>2</sup>.



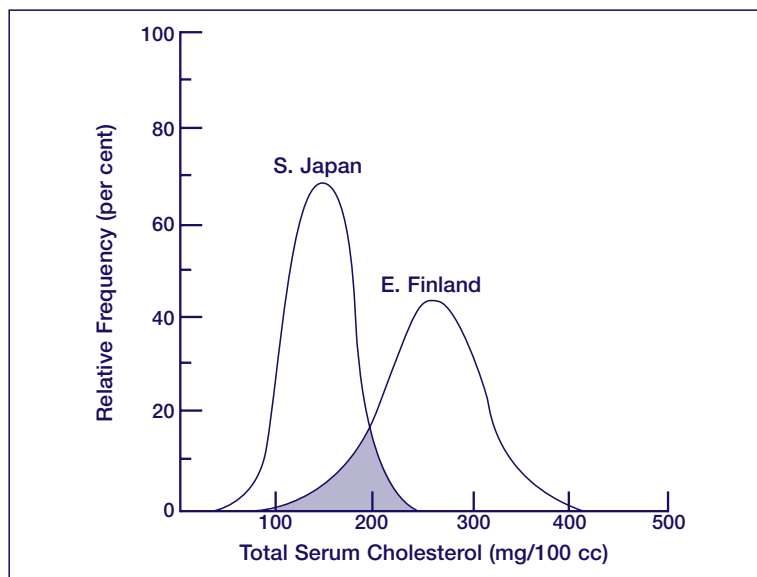
**Figuur 2.1 Normale verdeling van ziektedeterminanten (systolic blood pressure) in populatie**



Bron: The strategy of preventive medicine, G. Rose, 1992

Populaties kunnen onderling van elkaar verschillen; een populatie krijgt betekenis door een (collectief gedetermineerde) onderlinge afhankelijkheid. Figuur 2.2 maakt duidelijk dat het cholesterolniveau in de Finse bevolking veel hoger is dan in de Japanse. Het is van belang om de relevante populatie goed af te bakenen; moeten we overgewicht bijvoorbeeld bestuderen op het nationale niveau of bestaan er inmiddels subculturen (lage SES-groepen<sup>3</sup>) die geen of weinig relaties meer met de rest van de bevolking hebben<sup>4</sup>.

**Figuur 2.2 De verschillende normale verdeling van serum cholesterol in Zuid-Japan en Oost-Finland**



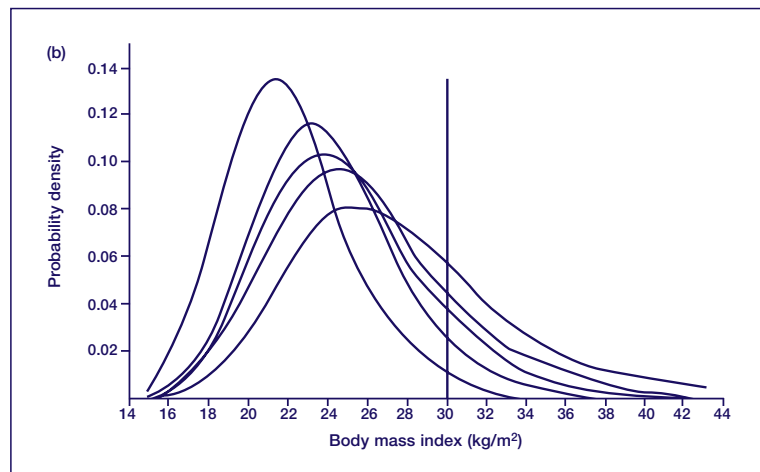
Bron: The strategy of preventive medicine, G. Rose, 1992

### Populatiestrategie

Rose stelt dat het vaak effectiever is voor de volksgezondheid om met preventie de situatie van de gemiddelde groep een klein beetje te verbeteren dan alle aandacht op de kleine groep extreme gevallen te richten. Het volume-effect is dan meestal veel groter; een grote groep met een beperkt risico genereert uiteindelijk vaak meer ziektegevallen dan een kleine groep met grote risico's (bijlage 1). Het effect op het totale aantal verkeersongelukken is bijvoorbeeld groter als de mensen die enkele glazen alcohol drinken dit matigen dan als de zware drinkers een even grote hoeveelheid drank laten staan.

De sociaal-culturele component van veel risicofactoren zorgt er bovendien voor dat de gemiddelde scores niet los worden gezien van de extreme scores. Indien de gemiddelde burger zich gezonder gaat gedragen, heeft dit vaak ook een effect op de hoogrisicogroepen. Iedereen wordt er beter van als, door een succesvolle populatiestrategie, de mediane risicofactor naar links opschuift. Figuur 2.3 maakt dit duidelijk voor obesitas; een populatie met een lagere Mediane Body Mass index (BMI) heeft én minder obese personen (BMI>30) én kent – op deze risicofactor – minder variatie in de uitkomsten.

**Figuur 2.3** Schuivende verdeling van BMI in vijf populatiegroepen (20-59 jarigen) op basis van 52 surveys in 32 landen



Bron: The strategy of preventive medicine, G. Rose, 1992

Indien een gezondheidsrisico breed in de populatie is verspreid, en gewicht is daarvan een goed voorbeeld, bepleit Rose een preventiestrategie die de hele bevolking adresseert in plaats van enkel de risicogroepen aan het uiteindes van de normale verdeling. Hij noemt dit de radicale of populatiestrategie:

*“The radical strategy is to identify and if possible to remedy the underlying causes of our major health problems. It then commonly emerges that those whom we particularly wish to help, (...) represent simply the extreme of a continuous distribution of risk or behaviour (...). The essential determinants of the health of society are thus to be found in its mass characteristics: the deviant minority can only be understood when seen in its societal context, and effective prevention requires changes which involve the population as a whole.” (Rose, 1992).*

Een belangrijk voordeel van een brede populatiestrategie is dat dit meestal ook de maatschappelijke opvattingen beïnvloedt en zo ‘druk’ uitoefent op de groep met het grootste probleem. Sociale en economische structuren zijn een belangrijke succesfactor om mensen tot ander gedrag te bewegen. De veranderingen in de maatschappelijke opvattingen over het roken zijn hiervan een goed voorbeeld. De psychologische baten voor mensen die stoppen met roken zijn snel toegenomen:

*“The anti-smoking effort has achieved a radical change in public attitudes, for a habit which a few years ago was considered normal is now widely disapproved of, even by smokers. The motivation for this change has been more social and psychological than medical, because a person who gives up cigarettes is immediately rewarded by enhanced self-esteem and social approval. Thus unhealthy behaviour involves a usually small and remote risk of damage to health but also an immediately perceptible damage to self-respect” (Rose, 1992).*

Volgen we Rose, dan ligt bij overgewicht en obesitas, op basis van een conceptuele invulling van de criteria van doelmatigheid en gezondheidswinst, een populatiebenadering meer voor de hand dan een doelgroepbenadering. Iedereen beschikt immers over een gewicht en obesitas is een veel voorkomende aandoening; in 2004 had 11% van de Nederlandse bevolking obesitas en was het aantal mensen met overgewicht een veelvoud daarvan (RIVM, 2006b). De prevalentie van obesitas wordt in hoge mate veroorzaakt door sociaal-culturele, technologische en economische factoren. Dit laat uiteraard onverlet dat er goede redenen bestaan om obesitas curatief te behandelen.

#### **Publieke gezondheid: te veel of te weinig?**

In een (theoretische) discussie over de wenselijke hoeveelheid investeringen in publieke gezondheid vinden we twee tegenstrijdige noties, die beide met een ‘economische’ argumentatie kunnen worden verdedigd. De eerste wijst op het feit dat er, in vergelijking met de curatieve zorg en de verpleging en verzorging, weinig middelen voor de publieke gezondheid worden vrijgemaakt. Weliswaar bedragen alle preventiegerelateerde uitgaven ongeveer € 12,5 miljard, wat veel hoger is dan doorgaans wordt aangenomen<sup>5</sup>, maar tegelijkertijd blijven de uitgaven voor gezondheids-

bevordering relatief gering; in 2003 was dit € 435 miljoen, duidelijk minder dan 1% van alle zorguitgaven; de uitgaven ten behoeve van gezonde voeding en overgewicht waren niet groter dan € 12,2 miljoen. De uitgaven aan gezondheidsbevorderende maatregelen waren bovendien het laagst in de jongste leeftijdsgroepen (RIVM, 2006a).

Het idee bestaat dat de uitgaven voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie te laag zijn, omdat 'politiek' en 'financiers' door de lange tijds-horizon niet kunnen kapitaliseren op de vermeende opbrengsten. Investeren in een betere gezondheid leggen het daardoor vaak af tegen de acute gezondheidszorg. In het verlengde van deze opvatting wordt het geringe aandeel van de kosten voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie, geplaatst tegenover de grote gezondheidswinst die met gezondheidsbevordering en ziektepreventie nog bereikt zou kunnen worden; de impliciete boodschap luidt dat als we nog 1% of 2% van de totale zorgkosten hiervoor zouden vrijmaken, we een grote hoeveelheid gezondheidswinst tegemoet kunnen zien. Deze winst zou volgens optimisten zelfs zo groot kunnen zijn dat het beroep op de curatie en de verpleging en verzorging daalt. Extra investeren in preventie vormt dan een belangrijke strategie voor kostenbeheersing (Thorpe, 2005).

De tegenoverliggende stelling wordt ook verdedigd. Men gaat er dan vanuit dat de zorgkosten juist zullen stijgen als er meer in preventie wordt geïnvesteerd of als mensen zich gezonder gaan gedragen; het idee is dat als mensen door effectieve preventie ouder worden ze uiteindelijk ook meer en langer zorg consumeren en daardoor meer zorgkosten genereren. Deze redenering gaat er dus impliciet vanuit dat de eventuele extra gezondheidswinst als gevolg van preventie in de regel niet per definitie opweegt tegen de extra zorgkosten die daardoor op een later tijdstip ontstaan. Een effectieve preventiestrategie zou de samenleving meer geld kosten.

De beide bovenstaande redeneringen duiden op een sterke normatieve lading die rondom preventie en geld hangen. Vanuit een economisch perspectief dienen de beide bovenstaande argumentaties te worden genuanceerd. Cohen en Henderson maken dit in een boek over de economie van de preventie duidelijk:

*“The claim that prevention should be vigorously pursued because it will save resources was shown to be true only in isolated cases, and overall to be patently false. What is more important though (...) is that such a question is irrelevant. Whether or not prevention saves more than it costs simply does not matter.”*

De achterliggende porté van dit citaat is dat men niet enkel de (directe) kosten van preventie moet vergelijken met de eventueel uitgespaarde

zorgkosten, maar hierbij ook de opbrengsten van preventie in de vorm van gezondheidswinst moet betrekken. Vervolgens moet men deze uitkomst vergelijken met het rendement van eventuele alternatieve aanwendingsmogelijkheden; in de praktijk gaat het dan vooral om de kosten en opbrengsten van de met preventie substitueerbare curatieve zorg. Indien een preventieve interventie deze tests doorstaat is het vanuit economisch oogpunt wenselijk hierin te investeren.

De redenering dat preventie duur is omdat de mensen dan ouder worden en meer zorg gaan gebruiken kan ook niet zonder meer worden gehanteerd:

*“With smoking, for example, it is often claimed that economists ought to view smoking as a good thing since it kills people and thus reduces the number of elderly in the future who will consume vast amounts of health care resources. The same ‘logic’ however, rarely seems to be applied to treatment, where success also means more elderly people who consume vast amounts of health care resources. If both prevention and cure produce longer life and/or higher quality of life, they both must be judged by the same criteria (Cohen en Henderson, 1988, p. 152-153).*

Het is wel zo dat succesvolle medische of preventieve behandelingen mensen langer laten leven en dat hierdoor additionele kosten gegenereerd worden. Deze kosten worden in economische evaluaties nog veelal niet betrokken en ook de precieze hoogte ervan is onduidelijk (Brouwer et. al., 2006a).

### **Conclusies**

Het onderscheid tussen de populatiestrategie en de doelgroepstrategie is belangrijk voor de keuze voor een doelmatige en werkzame preventieve strategie. De doelgroepstrategie komt in beeld als er een duidelijk verband tussen risicofactoren en ziekte bestaat, als de doelgroep makkelijk is af te bakenen en te bereiken en als er een werkzame vervolgstherapie bestaat. Met de populatiestrategie is echter idealiter de meeste gezondheidswinst te bereiken. Dit komt omdat veel volksgezondheidsproblemen te maken hebben met sociaal-culturele, technologische en economische factoren. Dit is ook het geval bij overgewicht en obesitas.

De keuze voor de meest gepaste preventiestrategie kan verschillen per gezondheidsprobleem. We concluderen dat we op conceptueel niveau geen algemeen geldige uitspraak kunnen doen over de doelmatigheid en de kosten van preventie. Preventie is niet zonder meer ‘duur’ of juist ‘goedkoop’. De kosten en opbrengsten moeten per interventie in kaart worden gebracht. Recente schattingen en indicaties wijzen in de richting dat roken leidt tot minder directe zorgkosten, maar obesitas en te vet eten leiden juist tot hogere kosten (Brouwer et. al., 2006b; Polder,

2006). Er bestaat echter nog veel onduidelijkheid; gezondheidswinst (qualys en dalys), indirecte kosten (toekomstige ziektekosten, extra pensioenpremies) en opbrengsten (extra ziektekostenpremies en minder ziekteverzuim) spelen in dit soort analyses nauwelijks een rol. Preventieve interventies kunnen, afhankelijk van de precieze scores op de bovengenoemde variabelen, zowel doelmatig als ondoelmatig zijn.

### 3 Kenmerken van preventie als economisch goed

#### Verschillende definities van publieke gezondheid

Er bestaan relatief veel omschrijvingen van het werkkerrein en de producten van de publieke gezondheid. In het weinig scherp omschreven en enigszins normatieve karakter van veel definities ligt besloten dat we het hier niet alleen hebben over een sector, een specifiek product of een strak omlinjnde werkwijze, maar in zekere zin ook over een ‘idee’ of een ‘beweging’. We kunnen dit illustreren met een regelmatig gebezigde omschrijving van openbare gezondheidszorg, ons equivalent van het internationale public health:

*“De openbare gezondheidszorg omvat (1) die onderdelen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking; (2) draagt er zorg voor dat alle beleidsterreinen van de samenleving worden betrokken bij het bereiken van de doelen van het gehele, op de gezondheidstoestand van de bevolking gerichte beleid; (3) draagt bij aan het bevorderen van de beschikbaarheid, de toegankelijkheid, de doelmatigheid en de kwaliteit van de (zorg)voorzieningen; (4) is in de gezondheidszorg naar werkwijze veelal populatiegericht, permanent, programmatisch en professioneel; (5) komt veelal – zij het niet uitsluitend – tot stand zonder dat daar een hulpvraag aan ten grondslag ligt, althans geen vrijwillige of door de verzorgde zelf geformuleerde hulpvraag; (6) komt tot stand onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur; dit geldt zowel voor beleid, voor regie als voor uitvoering.” (IGZ, 2005)*

Het voert te ver om de vele definities die voor (aspecten van) publieke gezondheid gebruikt zijn allemaal te bespreken. Veel gehanteerde definities hebben echter gemeen dat ze niet eenduidig zijn over het nagestreefde doel en vooral niet over de gehanteerde werkwijzen. Concepten verschuiven bovendien in de tijd. Wat we onder preventie verstaan en hoe en in hoeverre we dit willen toepassen heeft een relatie met de opvattingen in de maatschappij over ziekte en gezondheid; naast werkzaamheid en doelmatigheid, spelen een groot aantal andere aspecten een rol bij de besluitvorming over preventie; het handelt zich daarbij om budgettaire, sociaal-ethische, sociaal-economische en locale overwegingen (De Wit en Schuit, 2006).

Volksgeneeskunde is deels ook een subjectief concept; mensen ervaren een bepaalde mate van gezondheid die niet altijd op objectieve factoren valt terug te voeren. Er bestaat in de samenleving een behoorlijke spreiding in de ervaren gezondheid; deze bevindt zich op een continuüm en ligt dus niet altijd eenduidig vast. Een preventiestrategie is daardoor even-

eens verbonden met normatieve en subjectieve componenten over de waarde van de ervaren gezondheid.

### **Primaire-, secundaire en tertiaire preventie**

Een klassieke onderverdeling van preventie gaat uit van primaire, secundaire en tertiaire preventie. Het onderlinge verschil in deze categorisering zit hoofdzakelijk in de mate van aanwezigheid van ziekte. Bij primaire preventie is er nog geen sprake van ziekte en probeert men deze door middel van het wegnemen van ziekte-oorzaken en risicofactoren zo lang mogelijk uit te stellen. Strategieën die hierbij veelal worden gebruikt richten zich op de beïnvloeding van gedrag en leefstijl (voorlichting, beprijzen, het wegnemen van negatieve stimulansen en motivatietrainingen).

Bij secundaire preventie is de ziekte reeds aanwezig, maar nog niet of nauwelijks zichtbaar of merkbaar. De bedoeling is om behandelbare ziekten in een vroeg stadium op te sporen zodat een eventuele (curatieve) vervolgetherapie beperkt van omvang kan blijven. De gehanteerde strategieën (screening) alsmede de vervolgvactiteiten sluiten veelal aan bij de in de medische wereld gebruikelijke werkwijzen.

Bij tertiaire preventie is de ziekte reeds duidelijk aanwezig. Het doel van de preventie is om het verdere verloop van de ziekte in positieve zin te beïnvloeden. Tertiaire preventie heeft daardoor hoofdzakelijk betrekking op chronische ziektebeelden zoals verslaving, diabetes en schizofrenie. Gehanteerde strategieën zijn onder andere medicatietrouw, gedragsbeïnvloeding en bemoeizorg. De klinische term disease-management overlapt tertiaire preventie. Tertiaire preventie vormt dan ook meestal een onderdeel van de medische behandeling. In tegenstelling tot secundaire preventie heeft tertiaire preventie ook bij onbehandelbare ziekten zin; de doelstelling van de preventieve interventie verschuift immers van genezing naar het remmen van het verdere verloop van de ziekte en het bevorderen van de kwaliteit van leven.

### **Collectieve, programmatische en individuele preventie**

Er wordt ook vaak een onderscheid gemaakt tussen collectieve, programmatische en individuele of casuïstische preventie. Deze indeling is geënt op de doelgroep van de preventieve interventie. Collectieve preventie heeft in beginsel betrekking op de hele populatie, programmatische preventie op een nader gedefinieerd deel van de populatie en individuele preventie op het individu. Dit onderscheid loopt nogal eens parallel met de onderverdeling in primaire-, secundaire- en tertiaire preventie. Secundaire preventie is veelal programmatisch van opzet; tertiaire preventie heeft veelal een individueel karakter; primaire preventie richt zich vaak op het grotere collectief.



### Economische kenmerken van preventie

Tabel 3.1 bevat een gestileerde weergave van relevante economische kenmerken waarop primaire-, secundaire en tertiaire preventie onderling verschillen. Deze tabel maakt duidelijk dat de potentiële opbrengsten van primaire preventie op populatieniveau in de regel het grootst zijn, maar dat dit tevens gepaard gaat met de grootste onzekerheidsmarge (mede door de lange termijn en de invloed van exogene factoren) alsmede een groot aandeel aan indirecte kosten<sup>6</sup>. Deze beide problemen spelen minder bij de beide andere vormen van preventie, maar hiermee wordt dan ook geen ziekte voorkomen.

**Tabel 3.1 Economische kenmerken van preventie**

	Potentieel effect op populatie niveau	Potentieel effect op individueel niveau	Aandeel indirecte kosten	Termijn	Invloed exogene factoren	Onzekerheidsmarge
Primaire preventie	groot	klein	groot	zeer lang	groot	groot
Secundaire preventie	beperkt	beperkt	beperkt	lang	beperkt	redelijk
Tertiaire preventie	klein	groot	klein	kort	klein	beperkt

Bron: RVZ

### Onzekerheid

De relatief grote onzekerheidsmarge vormt een essentieel kenmerk van veel preventie. Zo zijn bij overgewicht zowel de cliënt als de preventiewerker tot op zekere hoogte onzeker over de noodzakelijkheid en vooral het effect van preventie. Niet alle mensen met overgewicht krijgen een hartaanval en de effectiviteit van veel interventies neemt af over langere periodes. De onzekerheid neemt in ieder geval sterk toe in de tijd. Dit betekent dat (primaire) preventie voor het individu vaak geen vermindering van een bepaalde ziekte inhoudt, maar een reductie van het risico op één of meerdere aandoeningen. In die zin doet preventie aan een loterij denken, waarbij het individu offers brengt voor een toekomstige kans op een hoge opbrengst. De onzekerheid over de positieve effecten van primaire preventie is veel kleiner voor de totale populatie, maar is ook daar aanwezig. De (monetaire) waardering van de toekomstige positieve effecten (het disconteringsprobleem) en het kennen van de precieze causaliteit tussen interventie en effect gaan eveneens gepaard met grote onzekerheidsmarges.

### Exogene factoren

Een ander kenmerk van preventie is de grote invloed van exogene factoren; dat wil zeggen van stimulansen en determinanten buiten het directe domein van de preventieve interventie. Moeilijk te beïnvloeden exogene

determinanten spelen een belangrijke rol bij overgewicht. We kunnen bijvoorbeeld denken aan de veranderende werkomstandigheden (minder lichamelijk werk). Zo zagen de lagere inkomensgroepen de prijs voor een 'normaal' gewicht de afgelopen decennia stijgen omdat 'gratis' beweging op het werk moest worden gesubstitueerd door 'betaalde' beweging op de sportclub. Innovaties hebben voedsel goedkoper, maar bewegen juist duurder gemaakt. Het afnemende aantal rokers correleert met een stijging van het aantal mensen met overgewicht evenals het toenemende aantal (fast-food) restaurants (Propper, 2005; Rashad, Grossman en Chou, 2005).

In het verlengde van de grote invloed van exogene factoren ligt de verhouding tussen publieke en private verantwoordelijkheden. Dit is bij preventie van bijzonder belang; wat behoort tot de eigen verantwoordelijkheid en het eigen domein van de burger, het huishouden of de onderneming en wat niet? Doordat het beoogde resultaat van preventie niet alleen met interventies kan worden bereikt, maar ook samenhangt met gedrag en betrokkenheid van private actoren alsmede de heersende sociaal-culturele opvattingen in de samenleving, wint dit vraagstuk nog aan complexiteit. Bij obesitas gaat het daarbij bijvoorbeeld om de afweging tussen de extra gezondheidswinst, opbrengsten en lagere zorgkosten door een 'fat tax' versus de grenzen aan het interveniëren in de vrijheid van prijsvorming en consumptie. Het introduceren van een 'fat tax' heeft dus ook gevolgen buiten het directe domein van de gezondheidszorg.

Het grote belang van allerlei exogene factoren uit zich ook in de diversiteit van het productieproces en de onderlinge samenhang van de voorzieningen voor preventieve interventies met andere beleidsterreinen (wonen, sociale zekerheid, milieu etc.). Hiernaast kent preventie, in vergelijking met de curatieve zorg, grote onderlinge verschillen van procesmatige aard. Succesvolle preventie bestaat vaak uit zowel publieke, private als medische goederen; de GGD is niet de overkoepelende voorziening voor preventie, zoals het ziekenhuis dat is voor de medische zorg. Hiernaast zijn preventieve goederen en diensten soms tastbaar (voeding, maagband), maar soms ook niet (beweging). Preventie ontstaat tot slot vaak als (onbedoeld) nevenproduct van andere goederen en diensten (sport).

#### **Direct interveniëren en indirect prikkelen**

Een ander belangrijk onderscheid is dat tussen stimulansen voor een betere gezondheid (preventieve goederen) en stimulansen voor een slechtere gezondheid (risicogoederen). Zo leidt meer bewegen tot minder overgewicht, terwijl vet voedsel dit juist bevordert. In economische zin betreft het twee kanten van dezelfde medaille; het ontmoedigen van risicogoederen kan net zo doelmatig zijn als het stimuleren van preventieve goederen. Het onderscheid tussen preventieve goederen en risicogoede-

ren speelt in de beleidspraktijk desalniettemin een belangrijke rol. Professionals zijn geneigd vooral op het eerste aspect in te zetten; dat wil zeggen het stimuleren van gezond gedrag. Men is terughoudender met het ontmoedigen van ongezond gedrag. Hier speelt mee dat men dan in het privé-domein van de burger intervenieert.

### **De absolute schaarste van gezondheid**

Tot slot is een centraal kenmerk van alle gezondheid dat het voor het individu eindig is. Er is daardoor niet alleen sprake van een relatieve schaarste, maar ook van absolute schaarste. Burgers hebben de beschikking over een bepaalde hoeveelheid gezonde levensduur, die ze, bijvoorbeeld met gezond gedrag, binnen bepaalde grenzen zelf kunnen beïnvloeden. In die zin produceren mensen ook gezondheid (Grossman, 1972). In hoeverre ze dat daadwerkelijk doen hangt mede af van de aanwezigheid van andere relevante grootheden zoals welvaart en opleiding. De waarde van een goede gezondheid neemt toe als men over welvaart beschikt (Groot en Maassen-Van den Brink, 2006). Dit kan volgens sommigen verklaren waarom lage SES-groepen vaak meer risicovol gedrag vertonen (Muurinen, 1982). Burgers kunnen voor hun gezondheidsbevordering zowel gebruik maken van medische als van preventieve zorg. Tot op zekere hoogte zijn curatieve zorg en preventie dan ook substituten. Deze substitueerbaarheid blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de komst van effectieve geneesmiddelentherapie voor de ziekte aids deels van invloed is gebleken op onveilig vrijen.

### **Conclusies**

Er bestaan veel definities voor het terrein van de publieke gezondheid. De verschillende vormen van preventie kunnen worden gekoppeld aan een aantal belangrijke kenmerken: het effect op populatieniveau versus individueel niveau, het aandeel directe versus indirecte kosten, de termijn waarop het effect zich zal voordoen, de onzekerheidsmarge en de invloed van exogene factoren. De scores op deze kenmerken zijn van belang bij een economische evaluatie van een preventiestrategie, maar de monetaire waardering ervan is niet zonder problemen. In het algemeen geldt dat de 'hardheid' van deze waardering toeneemt naarmate het individu betreft, de directe kosten de indirecte overvleugelen, de effecten in de nabije toekomst liggen, er weinig onzekerheid over de uitkomsten bestaat en er weinig exogene factoren en effecten zijn.

## 4 Doelmatigheid van preventie in macro-perspectief

### Relatie volksgezondheid en economie

We kunnen de doelmatigheid van preventie analyseren op macroniveau en op het microniveau. Bij het macroniveau gaat het om algemene reducties in mortaliteit en morbiliteit in de bevolking. Het gaat dus niet zozeer om de effectiviteit en efficiency van individuele preventieve programma's. Centraal staan veel meer de scores van de volksgezondheid in de totale populatie en de (veronderstelde) oorzaken hiervan. Indien de kosten die hiermee zijn gemoeid relatief laag zijn, kunnen we spreken van een doelmatig zorgsysteem. Dit type analyses laat bijvoorbeeld zien dat de doelmatigheid van de Amerikaanse gezondheidszorg beperkt is (hoge kosten in combinatie met niet meer dan een gemiddelde levensverwachting en een grote spreiding in zorgresultaten). Veel analyses op macroniveau kennen impliciet een groot belang toe aan het functioneren van de publieke gezondheid omdat zij (ook door gebrek aan alternatieven) hoofdzakelijk gebruiken maken van indicatoren uit deze sector (levensverwachting, kindersterfte, vaccinatiegraden etc.). Dit is mede een gevolg van gebrek aan goede indicatoren over de effectiviteit en doelmatigheid van de curatieve zorg.

De causaliteiten van een goede gezondheid zijn op macroniveau vaak onduidelijk of niet goed aantoonbaar; dit betekent echter niet dat deze niet bestaan<sup>7</sup>. Het grote aantal factoren die van invloed zijn op de volksgezondheid kan niet altijd statistisch van elkaar worden gescheiden en het bepalen van kleine significantieniveaus kan soms alleen met een extreem grote onderzoekspopulatie worden vastgesteld (Rose, 1992).

Er bestaat desalniettemin op macroniveau een sterke casus voor de doelmatigheid van volksgezondheidsbeleid. Er is namelijk een sterke correlatie tussen de maatschappelijke welvaart en de volksgezondheid. Een goede volksgezondheid is een voorwaarde voor een welvarende samenleving (RIVM, 2006b). In die zin is volksgezondheid een belangrijke randvoorwaarde voor economisch succes en zijn investeringen in een betere volksgezondheid ook economisch nuttig. Aan de andere kant is verbetering van de inkomenssituatie, bijvoorbeeld voor de lage SES-groepen, ook instrumenteel voor het verbeteren van de gezondheidssituatie. De precieze causaliteiten zijn dus niet helemaal duidelijk, maar het is blijkbaar niet zo dat een goede volksgezondheid de samenleving slechter af maakt ook al gaat dit gepaard met hoge kosten.

Een relatie die in dit verband veel aandacht trekt vormen de positieve gevolgen van preventie op de arbeidsparticipatie en daardoor op de arbeidsproductiviteit van de beroepsbevolking, de kosten voor sociale

zekerheid en de welvaart van de samenleving. Een matige gezondheid, een ongezonde leefstijl (met name overgewicht) en belastende arbeidsomstandigheden verklaren enkele tientallen procenten van arbeidsuitval tussen het 50<sup>ste</sup> en 65<sup>ste</sup> levensjaar. De publieke gezondheid kan een belangrijke bijdrage leveren aan de betaalbaarheid van de sociale zekerheid door verbetering van de arbeidsparticipatie van oudere werknemers (Burdorf en Mackenbach, 2006).

### **De macro-economische gevolgen van overgewicht en obesitas**

We plaatsen nu de casus van het overgewicht in een macro-economisch kader. Drie relaties zijn in dit verband van belang. Het is op de eerste plaats duidelijk dat met het stijgen van het gemiddelde gewicht ook de spreiding in de populatie toeneemt; het aantal mensen met obesitas groeit relatief snel indien het gemiddelde gewicht stijgt (figuur 2.3). De relatie tussen overgewicht en obesitas en een reeks van aandoeningen is, ook op populatieniveau, veelvuldig aangetoond. In *The New England Journal of Medicine* schatten onderzoekers dat de levensverwachting in de VS met twee tot vijf jaar zal afnemen als het huidige niveau van obesitas onder de jongeren wordt gecontinueerd (Olshansky et. al., 2005). Overgewicht is verantwoordelijk voor circa zes procent van het totale aantal verloren levensjaren onder twintigplussers (VTV, 2006) en schaadt daardoor de volksgezondheid; ceteris paribus heeft dit een negatieve invloed op de doelmatigheid van het zorgsysteem.

De tweede relatie is dat overgewicht naar alle waarschijnlijkheid leidt tot meer zorgkosten. Onderzoek in de VS en Engeland duidt erop dat ongeveer tien procent van de zorgkosten samenhangen met overgewicht (RVZ, 2005). De marginale kostenstijging is nog veel hoger; in de Verenigde Staten is bijna dertig procent van de kostenstijging tussen 1987 en 2001 (\$ 300 per capita per jaar) gerelateerd aan overgewicht (Bhattacharya en Sood, 2005). In Nederland worden de directe kosten van overgewicht inmiddels geschat op twee procent (RIVM, 2006b). De Amerikaanse hoogleraar Public Health, Kenneth Thorpe, plaatst overgewicht bovenaan de agenda voor zinnige kostenbeheersing in de gezondheidszorg:

*“Perhaps the most important strategy for reducing the growth in health care spending without reducing benefits is to focus on slowing or reversing the growth in obesity prevalence. This will require interventions designed to change behaviour with respect to diet and exercise.”*  
(Thorpe, 2005).

Het is duidelijk dat overgewicht slecht is voor de volksgezondheid en dat er bovendien veel zorgkosten mee gemoeid zijn. Dit ligt lastiger voor de indirecte kosten. In deze paragraaf hebben we er reeds op gewezen dat een daling van het overgewicht tot een hogere arbeidsproductiviteit en

lagere uitgaven voor de sociale zekerheid kan leiden. Dit zijn positieve effecten, maar als mensen geen obesitas ontwikkelen worden ze ook ouder en genereren daardoor weer meer (zorg)kosten (Brouwer et. al., 2006a).

De derde relatie heeft betrekking op de kosten van overgewicht en obesitas gedurende de levensloop. Of mensen die ouder worden ook daadwerkelijk meer zorgkosten consumeren hangt namelijk af van hoe deze kosten over de levensloop zijn verdeeld. Indien de meeste kosten direct voorafgaand aan het overlijden worden gemaakt, dan is een groot deel van de zorgkosten niet zozeer aan de leeftijd, maar aan het tijdstip van overlijden gebonden; deze kosten mogen geen rol spelen in een analyse naar de kosten van overgewicht en obesitas, ze doen zich namelijk hoe dan ook voor (Brouwer, 2006a). Wel is het zo dat het uitstellen van het overlijden betekent dat de hiermee samenhangende kosten naar latere jaren worden doorgeschoven. Dit is gunstig voor het opvangen van het cohort-effect van de vergrijzing (het grote aantal babyboomers dat tegelijkertijd oud en gebrekkig wordt) omdat we meer tijd hebben ons hierop te prepareren en de toekomstige kosten door het disconterings-effect lager uitvallen. In ons land heeft Polder bovendien duidelijk gemaakt dat de kosten in het laatste levensjaar dalen met het toenemen van de leeftijd; dit geldt voor de optelling van curatieve zorg, verpleeghuiszorg en de thuiszorg (Polder, 2005).

De 'red herring' hypothese stelt dat de kosten van zorg onafhankelijk zijn van de leeftijd; deze hypothese heeft in internationaal onderzoek enige steun verkregen (Lubitz et. al., 2003; Zweifel, Felder en Meier, 1999). Een recente Nederlandse berekening duidt er op dat er weliswaar een 'red herring' effect optreedt als de mensen ouder worden, maar dat dit toch niet opweegt tegen het extra zorggebruik in die jaren. Polder becijfert dat als gevolg van het 'red herring effect' de toenemende levensverwachting 0,1% per jaar goedkoper uitvalt (0,29% versus 0,39%). De totale zorgkosten zullen dus enigszins toenemen als gevolg van een langere levensduur (Polder, Barendregt en van Oers, 2006). Deze extra kosten kunnen worden afgewogen tegen extra opbrengsten zoals een hogere arbeidsparticipatie, de waarde van de extra gezondheidswinst (quality's) en de toenemende premie-inkomsten. Het is met name de economische waarde van de extra gezondheidswinst die door investeringen in preventie de moeite waard lijkt (Brouwer et. al., 2006a).

### **Conclusies**

Deze paragraaf belicht de doelmatigheid van preventie vanuit een macro-perspectief. Op basis van de analyse zijn investeringen in preventie vaak doelmatig (RIVM, 2006b). Wel zijn de causaliteiten lastig aantoonbaar. Er bestaat een relatie tussen de volksgezondheid en de welvaart in de samenleving, maar we weten niet helemaal hoe deze precies verloopt.

Richten we ons op de afname van overgewicht en obesitas in de samenleving dan geldt dat deze (a) leidt tot extra gezondheidswinst, (b) lagere directe zorgkosten en dat (c) de extra kosten door de langere levensduur waarschijnlijk niet opwegen tegen de extra gezondheidswinst en de economische opbrengsten. Het staat daardoor met redelijke zekerheid vast dat met investeren in preventie van overgewicht en obesitas grote potentiële doelmatigheidsvoordelen te behalen zijn.

## 5 Doelmatigheid van preventie in micro-perspectief

### **De kosteneffectiviteit van preventieve programma's**

In de vorige paragraaf is duidelijk geworden dat op het macro-niveau aannemelijk te maken valt, dat investeren in preventie loont. Dit zou logischerwijs betekenen dat er ook vele rendabele investeringsmogelijkheden in preventieve interventies bestaan. Dit kan met behulp van kosteneffectiviteitanalyses (KEA's) worden aangetoond. Hoewel er nog redelijk wat rendabele investeringen in de publieke gezondheid kunnen worden gedaan (De Wit en Schuit, 2006), sluiten de uitkomsten van KEA's niet altijd even goed aan bij het optimisme vanuit macroperspectief (bijlage 2). We moeten ons daarbij wel realiseren dat er bijzonder veel diversiteit bestaat tussen de verschillende preventieve interventies. In Nederland worden screenen van jongvolwassen vrouwen en hun partners op chlamydia infecties, screenen op retinopathie bij diabetespatiënten, preventie van hoofdletsel door het dragen van fietshelmen door kinderen en preventie van een nieuw hartinfarct door revalidatie bij hartpatiënten als kansrijke nieuwe strategieën gezien (RIVM, 2005a).

Kosteneffectiviteit van preventies is niet het enige besluitvormingscriterium, maar is ook methodisch niet zonder problemen (De Wit en Schuit, 2006; CEG, 2005). Het kan lang tot zeer lang duren voordat het beoogde effect van de interventie optreedt. Hierdoor nemen de onzekerheid over uitkomst en rendement sterk toe. De waarde van een economische analyse neemt evenredig af of moet worden genuanceerd. Door het lange tijdsinterval tussen kosten en beoogde gezondheidswinst is de hoogte van de disconteringsvoet van groot belang voor de uitkomst kosteneffectiviteit van, hoofdzakelijk, primaire preventie. Het feit dat de opbrengsten vaak in de verre toekomst liggen, drukt de doelmatigheid. Het vaststellen van een goede disconteringsvoet is uitermate lastig en continu aan discussie onderhevig. In de gezondheidszorg speelt daarbij dat naarmate mensen ouder worden, ze ook over steeds minder toekomstige levensjaren beschikken. Dit betekent dat gezondheid met het oplopen van de leeftijd schaarser wordt. De economische logica stelt dat schaarse goederen een hogere waarde vertegenwoordigen. Het CVZ heeft deze spanning onlangs erkend door voor quality's (1,5%) een lagere disconteringsvoet toe te kennen dan voor monetaire grootheden (4%).

Er bestaan nog meer complicaties; zo hebben we al eerder gezien dat de veronderstelde causaliteit, bijvoorbeeld bij gezondheidsbevordering, niet altijd statistisch aantoonbaar is. Preventie kent vaak ook meer diversiteit en lokaliteit (de Wit en Schuit, 2006) in het proces dan bij de meer geprotocolleerde curatieve zorg. De productieprocessen in de preventieve zorg zijn vooral bij gedragsinterventies niet altijd even gestandaardiseerd. De indirecte kosten zijn door de omvang van de populaties vaak groot.



Bovendien zijn relatief veel kosten ‘un-priced’; ze kennen geen marktprijs. Preventieve interventies hebben ook vaak veel verborgen kosten voor de deelnemers. We kunnen denken aan reistijd en het ongemak van de interventie. Screeningsprogramma’s hebben moeilijk te duiden kosten die samenhangen met ‘vals-positieve’ en ‘vals-negatieve’ uitslagen. Mensen die niet ‘atrisk’ zijn, zijn vaak lastig benaderbaar.

Een doelmatige preventiestrategie betekent vaak een keuze voor een bepaalde doelgroep. Hierdoor worden vragen van rechtvaardigheid en verdeling opgeroepen. Zo krijgen alleen vrouwen boven de vijftig borstkankerscreening aangeboden terwijl er ook sommige jongere vrouwen mee geholpen waren geweest. Preventieve interventies hebben bovendien niet alleen consequenties voor mensen met een (toekomstige) ziekte, maar ook voor derden; denk daarbij aan deelnemers die de betreffende interventie zelf niet nodig hebben. Preventieve maatregelen zoals milieuwetgeving, voedingsvoorschriften en accijnzen beïnvloeden grote groepen burgers en werkgevers. Het in kaart brengen van alle hiermee samenhangende kosten en baten is zeer complex.

#### **Preventie van overgewicht en obesitas op microniveau**

De recente Volksgezondheidstoekomstverkenning noemt gedrag en overgewicht een belangrijke zorg voor de toekomstige gezondheid; er is weinig verbetering voor wat betreft bewegen en de trends voor de consumptie van groente en fruit zijn ongunstig. In tegenstelling tot wat wel wordt gedacht, gaan overgewicht en obesitas lang niet altijd gepaard met exceptionele voedselinname; het overschot op de energiebalans wordt bij de overgrote meerderheid van de kinderen en volwassen veroorzaakt door kleine veranderingen in de kloof tussen calorie-inneming en verbruik (RIVM, 2006c). Overgewicht en obesitas zijn verantwoordelijk voor tien procent van de ziektelast; het probleem is het grootst bij kinderen (RIVM, 2006b). In de Verenigde Staten zijn de gevolgen van overgewicht, zowel qua kosten als gezondheidsschade, aanmerkelijk ernstiger dan die van roken en alcohol (Sturm, 2002).

Het terugdringen van overgewicht en obesitas wordt tot één van de lastigste volksgezondheidsproblemen gerekend. Veel exogene trends zijn in de afgelopen decennia ongunstig geweest (prijs ongezond voedsel, opportunitetskosten vrouwen die de arbeidsmarkt hebben betreden, gevolgen technologische innovaties). Mede hierdoor lukt preventie van overgewicht niet door voorlichting alléén, maar zijn er ook grote inspanningen van andere actoren in de samenleving nodig die dat in het verleden niet gewend waren; de betrokkenheid van de burger is eveneens nodig.

Een additioneel probleem is dat er op dit moment, in zowel binnen- als buitenland, maar een beperkt aantal bewezen effectieve interventies

bekend zijn, die ook niet allemaal eenduidig zijn. Voor gedragsinterventies is het effect op de lange termijn vaak niet eenduidig aangetoond (VTV, 2006). Dit betekent overigens niet dat het in de toekomst niet beter kan gaan; er bestaan lichtpuntjes:

*“Key design issue is to how to get people participate in behaviour change programs and sustain their participation. Unfortunately, there have been few successful interventions used in health care to reduce weight, modify diets, and lower stress. (...) Yet well-designed programs do show promise. A recent review of the literature found an average savings of \$3.93 for each dollar invested in a health promotion program. The literature also reveals substantial variation in the design, comprehensiveness, and effectiveness of the limited of programs now in existence. A key policy change is to identify empirically the key design features of effective programs and provide strong incentives to adopt them and to participate” (Thorpe, 2005).*

Een recente inventarisatie van de internationale literatuur over leefstijlbegeleiding bij overgewicht duidt er op dat een investering van € 150 tot een gewichtsverlies van vijf procent binnen de termijn van een jaar kan zorgen; er is daarbij wel sprake van een aanzienlijke onzekerheidsmarge (RIVM, 2006d). In een eerdere inventarisatie werd geschat dat de kosten per qualy circa € 6.000 zouden bedragen; er zou dan sprake moeten zijn van intensieve interventies (RIVM, 2005b). Deze publicaties geven hoop op kosteneffectieve behandelingen van overgewicht, maar maken tegelijkertijd duidelijk dat nog veel ontwikkelwerk nodig is alsmede diffusie van werkzame strategieën. Duidelijk is ook dat er een stevige aanpak nodig is; in tegenstelling tot medische behandelingen of screenings kan de zorgvrager niet met een passieve houding volstaan.

Het meeste bekende onderzoek duidt er op dat de oorzaken van overgewicht samenhangen met technologische en sociale veranderingen (Propper, 2004; Rashad et. al., 2005). Deze veranderingen hebben veelal de consumptie van ongezonde voeding relatief goedkoper gemaakt; bewegen werd juist duurder. Willen we de bestrijding van overgewicht niet enkel laten afhangen van de werkzaamheid van interventies dan moet er dus ook iets gebeuren aan het feit dat de relatieve prijs van ongezonde voeding in de loop der jaren is afgenomen. Dit betekent ook dat er dingen buiten het directe zorgdomein moeten veranderen. Zo'n brede benadering heeft als voordeel dat de achterliggende determinanten van overgewicht rechtstreeks kunnen worden aangepakt. Dit betekent dan tegelijkertijd dat gezonde keuzes makkelijker, aantrekkelijker en vanzelfsprekender worden (RVZ, 2002).

Het beprijsen van (on)gewenst gedrag is de economische methode om hier iets aan te doen. Volgens het RIVM is het heffen van accijnzen ver-

reweg de meest doelmatige interventie om mensen van het roken af te krijgen (RIVM, 2005c). Het is echter onduidelijk of dit bij overgewicht ook het geval is. Door allerlei methodologische problemen ontbreekt eenduidig onderzoek; wel zijn met beprijzen via de ziektekostenverzekering (premiëdifferentiatie naar gewicht) in economische simulaties aanzienlijke welvaartswinsten te genereren (Bhattachacharya en Sood, 2005).

### **Conclusies**

Er bestaan behoorlijke complicaties bij het in kaart brengen van de kosteneffectiviteit van preventieve programma's. Deze hangen samen met de termijn waarin de beoogde effecten zich voordoen, de diversiteit in de gehanteerde strategieën, het grote aandeel indirecte en 'un-priced' kosten en de omgang met verdelingsvraagstukken. Deze zijn zeker niet onoplosbaar, maar kleuren wel het palet waarin de resultaten van deze studies moeten worden gezien.

Ondanks al deze beperkingen wordt wel steeds duidelijker dat er kosteneffectieve interventies zijn om overgewicht en obesitas aan te pakken. Een economische benadering richt zich erop om de kosten van een gezonde levensstijl terug te dringen en die van een ongezonde levensstijl te vergroten. Deze kosten hangen niet zozeer samen met de hoeveelheid geconsumeerde calorieën, maar meer met de invloed van technologische en sociale veranderingen op het relatieve kostenniveau van een gezonde levensstijl.

## 6 Op weg naar een doelmatige preventiestrategie

### **Kenmerken van een doelmatige preventiestrategie**

Deze afsluitende paragraaf beschrijft de criteria die hierbij van belang zijn en past die toe op de casus van het overgewicht. Het idee dat preventie 'duur' zou zijn, omdat het op termijn extra zorgkosten genereert, is op basis van economische argumenten veelal niet juist.

De economische waarde van de extra gerealiseerde levensjaren kunnen, onder bepaalde randvoorwaarden, de gemaakte kosten namelijk ruimschoots overtreffen. Paragraaf 4 en 5 hebben duidelijk gemaakt dat er indicaties bestaan, met name op het macroniveau, dat de optimale situatie nog niet is bereikt en dat het loont om extra in preventie te investeren; zo vormt obesitas een groot volksgezondheidsprobleem, maar is in 2003 niet meer dan € 12,2 miljoen geïnvesteerd om dit te voorkomen. De opportuniteit van extra investeringen in preventie moeten desalniettemin duidelijk worden aangetoond.

Preventie is een overkoepelende term voor een heel scala van strategieën en interventies. Deze kunnen onderling sterk van elkaar verschillen en dit heeft vaak grote consequenties voor de doelmatigheid. Op de eerste plaats is het belangrijk om te bezien of een populatiebenadering dan wel een hoogrisico-benadering is aangewezen; dit heeft belangrijke consequenties voor de doelmatigheid. Welke strategie opportuun is, hangt af van specifieke kenmerken, zoals de verhouding tussen het aantal risicogevallen en de hele populatie, de individuele identificeerbaarheid van de risicogevallen, de aanwezigheid en het belang van sociale, economische en culturele factoren, de kosten van de interventie en het bestaan van werkzame vervolgetherapieën.

De populatiestrategie sluit sterk aan bij primaire preventie en collectieve strategieën, terwijl de doelgroepbenadering om een programmatische aanpak vraagt. De doelmatigheid van de verschillende benaderingen wordt beïnvloedt door het effect op het individu en de totale populatie, het belang van exogene factoren en de omvang van de indirecte kosten. De onzekerheidsmarges van de verschillende strategieën moeten worden meegewogen in de uiteindelijke keuze.

Lokale aspecten zijn ook van belang; een doelmatige aanpak van overgewicht voor Nederlanders van Turkse afkomst in de grote steden zal waarschijnlijk verschillen van die van Nederlanders op het Friese platteland.

Normatieve argumenten vormen ook belangrijke overwegingen bij het al dan niet toepassen van bepaalde preventieve strategieën. De legitimiteit van preventieve strategieën is meestal onduidelijker en ook minder dan

van curatieve behandelingen; effecten zijn regelmatig onduidelijk of omstreden en er bestaan externe effecten (passief meerooken). De vraag naar het 'belonen' van gezond gedrag versus het 'straffen' van 'ongezond' gedrag is erg actueel. Dit is primair een normatieve discussie; op basis van de economische theorie valt geen duidelijke voorkeur uit te spreken. Hoewel risico-averse factoren gevoeliger zijn voor een verlies (accijns) dan een winst (lager BTW-tarief) is onduidelijk wat dit in situaties met veel exogene effecten en indirecte kosten en baten precies betekent.

Op basis van een liberal-egalitair benadering komen Cappelen en Norheim in een recent artikel in de Journal of Medical Ethics tot de conclusie dat het niet onredelijk is dat mensen met een ongezonde levensstijl meer bijdragen aan de financiering van de gezondheidszorg. Het is echter onrechtvaardig zieke mensen op dat moment te confronteren met eigen verantwoordelijkheid; het onthouden van of het vooraf betalen voor medisch noodzakelijke behandelingen vormen op basis van normatieve uitgangspunten op dat moment geen begaanbare weg. Dit geldt echter niet, hoewel ook hieraan voorwaarden verbonden zijn, voor het vooraf belasten of afremmen van ongezond gedrag.

*'Assume that the need for treatment (...) is proportionally related to the consumption of a particular good (...) and this good can be taxed.(...) Let us examine how this way of introducing individual responsibility avoids the objections, discussed. The first point to note is that holding people responsible for choices through taxes will not violate humanitarian concerns. No patients would be denied diagnostics or treatment because of their choices. (...) Secondly, this policy would avoid the liberal objection since everyone who becomes sick is treated and taxes will not, unless excessively high, restrict the set of health related opportunities. Most importantly, the liberal egalitarian theory avoids the fairness objection since the whole point of the tax is to avoid the effects of factors outside the control of the agent. Individuals with different luck or with a different disposition to become sick are given the same treatment and face the same taxes. The tax-policy also avoids objections based on practicability. Tax-policies will not, and this is important, undermine the physician-patient relationship. (...) Furthermore, the rejection of responsibility based on the argument that we do not know whether there is a direct connection between a patient's condition and his or her choice of life-style does not undermine the liberal egalitarian approach. Holding people responsible for their choices is justified if one can demonstrate that a particular choice is likely to impose a higher risk on that person when compared with another person who is equal in all other aspects' (Cappelen en Norheim, 2005:479).*

De auteurs stellen overigens dat deze argumentatie niet alle normatieve problemen oplost. Zo blijft het soms onduidelijk in hoeverre mensen tot bepaald gedrag zijn gepredisponeerd door genetische aanleg of sociaal-economische status. Tegelijkertijd blijven de mogelijke positieve gevolgen van het incentive-motief, dat stelt dat het belasten van ongezond gedrag tot gezondheidswinst leidt, buiten beschouwing.

#### **Naar een economische aanpak van overgewicht**

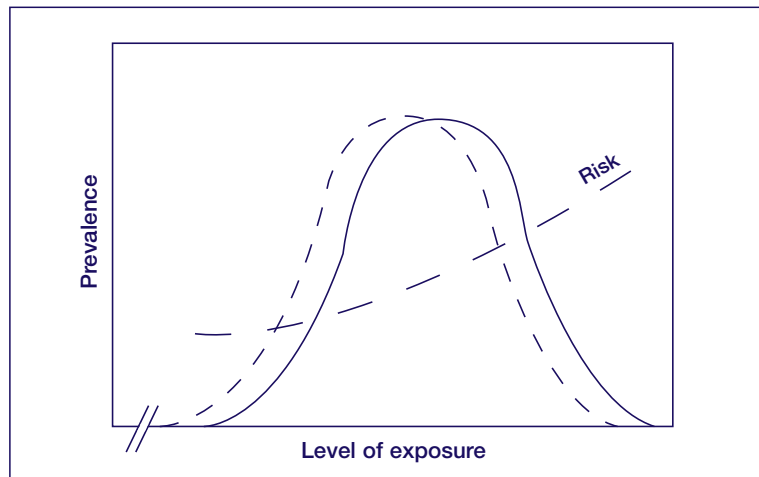
Momenteel zijn de investeringen in de preventie van overgewicht beperkt van omvang. Er bestaan doelmatige investeringen voor de preventie van overgewicht en obesitas. De potentiële gezondheidswinst is zeer groot evenals de met overgewicht en obesitas gemoeide kosten. De vorige paragraaf heeft eveneens duidelijk gemaakt dat er in beginsel geen normatieve bezwaren zijn om economische prikkels in te zetten bij het stimuleren van gezond gedrag. Wel moeten daarbij bepaalde voorwaarden in acht worden genomen; het gaat daarbij bijvoorbeeld om de taxability van het product, het effect en het bestaan van een aannemelijke relatie tussen consumptie en ziekte.

Een doelmatige aanpak van overgewicht en obesitas moet rekening houden met enkele belangrijke onderliggende aspecten. Op de eerste plaats is de kloof tussen calorie-inname en verbruik veelal relatief gering (RIVM, 2006c). Er ontstaat al veel gezondheidswinst als we het gedrag van de hele populatie een klein beetje kunnen beïnvloeden. Het belang van exogene factoren (locatie restaurants, beweging op werk, aanwezigheid groene woonomgeving) op de problematiek is groot en dit betekent dat individuen zich bij gedragsaanpassing sterk laten leiden door indirecte kosten en minder door de directe kosten van het voedsel. Tot slot zijn ook de onzekerheidsmarges van de interventies groot; dit komt door de grote invloed van lange termijn-effecten en de variabiliteit in respons op de interventies en de daarmee gemoeide kosten.

#### **Populatiestrategie voor overgewicht**

Overgewicht is bij uitstek een verschijnsel dat de hele bevolking aangaat en dus is er een populatiestrategie aangewezen; de gezondheidswinst die daarmee behaald kan worden is groot (figuur 6.1). Er bestaat een sterke interferentie tussen overgewicht en de bredere sociaal-culturele en fysieke omgeving; de medische voorzieningen staan op grotere afstand. De omvang en complexiteit van de problematiek vraagt om een integrale benadering met een groot aantal gezondheidsbevorderende instituties. De grote omvang van de populatie betekent dat we strategieën moeten hanteren die het beschikbare budget niet te zeer versnipperen.

**Figuur 6.1** Schematische relatie tussen het risico op ziekte voor en na een populatie brede interventie



Bron: The strategy of preventive medicine, G. Rose, 1992

Een economische invalshoek brengt een paar maatregelen in beeld die kunnen bijdragen aan een doelmatige en effectieve integrale benadering. Op de eerste plaats betreft dit het rechtstreeks belasten – of juist goedkoper maken – van ongezond en vet voedsel; een analoge strategie kan worden gehanteerd voor het stimuleren van bewegen. Het RIVM heeft onlangs becijferd dat het heffen van accijns bij roken verreweg het meest doelmatige beleidsinstrument vormt; de kosten bedragen circa € 5.000 per quality (RIVM, 2005c).

Dit type onderzoek ontbreekt bij overgewicht, maar het is wel duidelijk dat een analoge strategie stuit op een aantal bezwaren van meer praktische aard. Op de eerste plaats zijn onvoldoende bewegen en slecht voedsel niet op dezelfde eenduidige wijze te beprijzen zoals dat bijvoorbeeld met roken en alcoholgebruik gangbaar is. Beweging is niet ‘tastbaar’ en bij het overgrote deel van het slechte en vette voedsel gaat het om de hoeveelheid en niet om het product als zodanig; zout en suiker zijn uitzonderingen waarbij beprijzen mogelijk wel een effectieve strategie vormt. Ten tweede zijn bij overgewicht niet zozeer de directe kosten van voedsel en beweging van belang, maar vooral de indirecte kosten die worden veroorzaakt door exogene factoren; de directe kosten van het voedsel vormen een klein deel van alle kosten en baten waarmee de consument van ongezond voedsel wordt geconfronteerd.

Het is zinniger om deze exogene factoren aan te pakken. Dit kan met economische prikkels, maar het juridische instrumentarium (vergunningen) biedt hiervoor ook goede mogelijkheden. De kosten die een consument maakt om ongezond voedsel te consumeren nemen immers sterk

toe als hij deze niet in zijn onmiddellijke nabijheid kan verkrijgen. Zo kan ongezond voedsel van scholen worden geweerd en kan de vergunningverstrekking aan fast-food restaurants worden beperkt. Bestemmingsplannen kunnen 'bewegingsvriendelijker' worden en werkgevers kunnen kantoorcomplexen zo inrichten dat er meer wordt gelopen. Dit soort maatregelen zijn belangrijk omdat overgewicht iets is dat ontstaat als een onbedoeld bijeffect van de vele dagelijkse routines.

### **Hoogrisicobenadering voor obesitas**

Overgewicht wordt obesitas als de BMI toeneemt tot boven de dertig; er ontstaan allerlei medische problemen en de contacten met de gezondheidszorg nemen sterk toe. De mensen die het betreft zijn in principe op te sporen en er bestaan doelmatige behandelingen, hoewel de lange termijn-effecten daarvan nog maar weinig zijn onderzocht en er een relatief grote spreiding is in de kosten en uitkomsten. De medische sector komt nadrukkelijk in beeld bij de aanpak van obesitas, maar ook hier blijft de interferentie met bredere sociaal-culturele aspecten van de populatie van belang. We suggereren een tweetal kansrijke economische strategieën voor de aanpak van obesitas.

Op de eerste plaats is bewegen, zeker voor de lagere sociaal-economische groepen, stukken duurder geworden. Het 'gratis' bewegen op de werkplek moet nu worden gesubstitueerd door betaalde beweging op de sportclub. Het bewegen kan voor bepaalde groepen goedkoper worden gemaakt, bijvoorbeeld door het verstrekken van persoonsgebonden vouchers aan obesitaspatiënten in een achterstandssituatie. Omdat de doelgroep onderling sterk verschilt, verdient een lokale aanpak de voorkeur. Gemeenten zouden hier de regie kunnen voeren. De kosten die zij maken kunnen worden gefinancierd vanuit accijns(verhogingen) op suiker en zout.

Werkzame en doelmatige interventies bij obesitas moeten worden opgenomen in het basispakket. Ondanks dat dit voor de Nederlandse situatie nog niet eenduidig vast staat, lijken er werkzame strategieën te bestaan; de doelmatigste interventies kosten circa € 6.000 per quality (RIVM 2005b). Burgers mogen zelf kiezen of ze zich hiervoor willen verzekeren; verzekeraars hebben wel een acceptatieplicht. De reden dat burgers zelf mogen kiezen is om enerzijds geen ongezond gedrag te stimuleren en anderzijds gezond gedrag te belonen. Mensen die ervoor kiezen zich niet voor deze interventies te verzekeren betalen een lagere premie.



## Noten

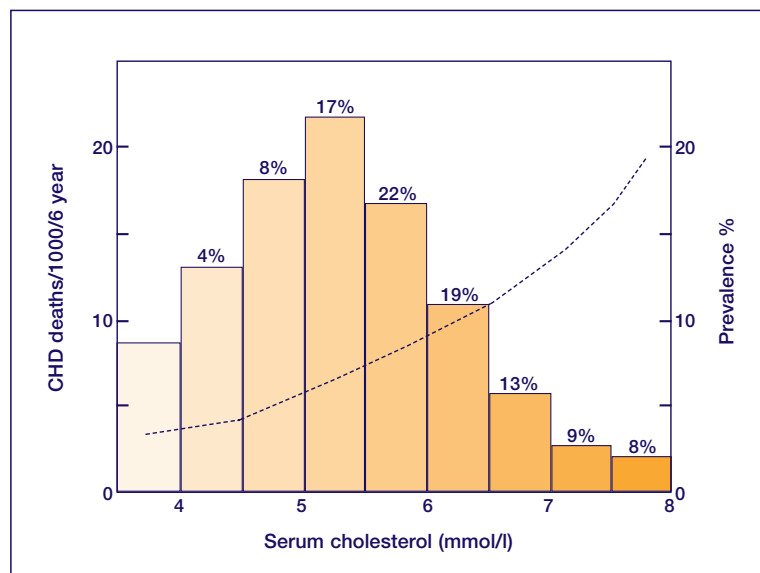
- <sup>1</sup> Preventie is daardoor een collectieve bate, maar een individuele last. In de curatieve sector ligt dit omgekeerd; curatieve zorg vormt een individuele bate, maar -door de solidaire financiering- een collectieve last.
- <sup>2</sup> De geneeskunde moet voor zijn werk een classificering maken tussen gezond en ziek. De kenmerken van een bepaalde aandoening zijn vaak breed in de samenleving verspreid. Een goed voorbeeld hiervan is depressie. We noemen iets pas een depressie als er aan een aantal determinanten wordt voldaan. We bevinden ons dan aan het uiteinde van de normale verdeling. Desalniettemin hebben ook mensen die een kleiner aantal van deze kenmerken bezitten vaak klachten. Zij bezitten een 'touch of depression' (Rose, 1992). Het medisch classificatiemodel is niet statisch, maar schuift in de tijd vaak naar links op de normale verdeling. Hierbij kunnen we denken aan ADHD of ME, maar ook aan indicatie-uitbreidingen.
- <sup>3</sup> Rose lijkt tot op zekere hoogte de lage SES-groepen als een aparte subpopulatie te zien. Hij stelt: "...socio-economic deprivation includes a whole constellation of closely interrelated factors... In turn this constellation of deprivations leads to a wide range of unhealthy behaviours, including smoking, alcohol excess, poor diet, lack of exercise, and a generally lower regard for future health" (Rose, 1992).
- <sup>4</sup> Rose meende overigens terecht dat het idee van een normale verdeling van risicofactoren inhield dat we zogenaamde probleemgroepen (alcoholisten, drugsverslaafden etc.) niet zonder meer kunnen isoleren van de rest van de samenleving. Rose hekelde de gewoonte om risicogedrag tot een probleem van een afwijkende groep te bestemmen en dit vervolgens op te lossen met specifieke publieke of private voorzieningen, zodat er geen brede maatschappelijke omslag (de enige echte oplossing) nodig is (Rose, 1992).
- <sup>5</sup> Dit komt door de hoge uitgaven (€ 9,5 miljard) voor maatregelen die, mede, maar niet uitsluitend, ten doel hebben de gezondheid te beschermen; het overgrote deel van deze middelen staat op de begroting van andere ministeries dan dat van VWS.
- <sup>6</sup> Indirecte kosten worden gemaakt voor en door mensen die uiteindelijk niets met de primaire preventie opschieten. Dit drukt de doelmatigheid van de interventie. Manieren om dit te ontwijken door beperking van de indirecte kosten zijn een hoogrisicogroepsstrategie of indien dit niet mogelijk is, het belasten van de te ontmoedigen activiteit of product.
- <sup>7</sup> In discussies over de relatie tussen ongezond gedrag en het effect daarvan op de gezondheid lijkt het niet wetenschappelijk kunnen aantonen van een causale relatie ook wel eens te worden verward met het niet bestaan daarvan.

- <sup>8</sup> Het consumentensurplus ontstaat door de confrontatie van de wet van de afnemende meeropbrengsten met een stabiele prijs voor de consument. Het nut van de laatst gekochte sigaret is gelijk aan de prijs, maar het nut van alle eerdere gekochte sigaretten ligt hierboven. Het positieve verschil tussen de nutscurve van de consument en de betaalde prijs van het product noemen we het consumentensurplus.

## De relatie tussen de verdeling van gezondheidsrisico's en het aantal ziektegevallen

Een grote groep die aan een beperkt risico blootstaat, genereert uiteindelijk vaak meer ziektegevallen dan een kleine groep die grote risico's ondervindt. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de onderstaande figuur. We zien hier dat het risico op een fatale hartaanval (stippellijn) het hoogste is bij de populatie met een cholesterolniveau van 8. Dit is echter tegelijkertijd de kleinste groep en hierdoor veroorzaakt zij slechts 8% van de aan cholesterol gerelateerde hartaanvallen. De meeste komen juist voor in de groep met een gemiddeld cholesterol.

**Figuur 6.2** Prevalentie van cholesterol (mannen 45-59) gerelateerd aan kans op dood door coronaire hartaandoening binnen 6 jaar (stippellijn).



Bron: The strategy of preventive medicine, G. Rose, 1992

## Kosteneffectiviteitanalyses van preventie

### Primaire preventie

#### *Vaccinatieprogramma's*

De prevalentie van de aandoening speelt een grote rol bij de kosteneffectiviteit van immunisatieprogramma's. Zo zijn inenting tegen tuberculose op het niveau van de totale populatie meestal niet kosteneffectief versus medische behandeling. De oorzaak daarvan zit in de lage en dalende prevalentie als gevolg van betere voeding en hygiëne. Alleen selectief vaccineren zou nog kosteneffectief kunnen zijn (Cohen en Henderson, 1988). Een andere manier om de kosteneffectiviteit te vergroten is om voor meerdere aandoeningen tegelijkertijd te vaccineren. Dit gebeurt dan ook veelvuldig bij immunisatieprogramma's.

#### *Gezinsplanning*

Vasectomieën zijn het meest kosteneffectief op de voet gevolgd door coïtus interruptus in combinatie met abortus. In de praktijk worden echter vooral orale anticonceptiemiddelen en condoms gebruikt. Dit geeft primair aan dat in de zorg ethische en levensbeschouwelijke argumenten – terecht – een belangrijke rol spelen. Hiernaast speelt ook hier dat het vaak goedkoper is om voor een beperkte groep veel kosten te maken dan weinig kosten voor een grote groep.

#### *Regulering van voeding*

De kosteneffectiviteit van de regulering van ons voedsel blijkt in de praktijk vooral te maken te hebben met de verhouding tussen de potentiële gezondheidsschade en het directe nut dat de consument van het product ondervindt. De directe kosten van de programma's spelen slechts een bescheiden rol. Fluoridisering van water, eisen aan kippenvlees en pasteurisering van melk lijken allen kosteneffectieve maatregelen.

#### *Accijnzen op tabak*

Belastingen en accijnzen kennen geen directe kosten (het zijn immers overdrachten tussen verschillende groepen) maar betekenen wel extra kosten voor de gebruikers als zij hun consumptie handhaven. Deze kunnen echter gecompenseerd worden vanuit de extra opbrengsten en in die zin bestaat er dan ook geen maatschappelijke kostenpost. Dit ligt anders als er minder gerookt wordt. Dan neemt immers het zogenaamde consumentensurplus<sup>9</sup> (niet zichtbare kosten) af. In een studie waarin de kosten van het afgenomen consumentensurplus werden vergeleken met de verdisconteerde opbrengsten van 1 jaar extra levensverwachting werd geconcludeerd dat accijnzen geen goedkope manier waren om de welvaart te verhogen (Townsend, 1987). Hierbij past echter wel de kanttekening dat 1 jaar extra levensverwachting aan de lage kant lijkt en dat de

monetaire discontering van levensjaren niet zonder problemen is. Een nog fundamenteeler probleem is in hoeverre we het consumentensurplus bij goederen die een verslavend karakter dragen als welvaartsverhogend mogen zien. Er is immers veelal geen volledige vrije keuzevrijheid (een randvoorwaarde in het economische denkmodel) voor de consument. Hiernaast is er ook nog sprake van externe effecten (meeroken) en kunnen paternalistische motieven een rol spelen (meritegoederen).

### **Secundaire preventie**

#### *Screening*

De kosteneffectiviteit van screeningsprogramma's hangt vaak samen met de omvang van de doelgroep, het interval van de screening en de prevalentie van de gezochte aandoening. Ook de kosten van vals-positieve uitkomsten zijn niet onbelangrijk. Op basis daarvan is screening op borstkanker voor vrouwen boven de vijftig matig kosteneffectief. Dit geldt ook voor relatief infrequente screening voor baarmoederhalskanker en voor darmkankerscreening voor mensen boven de vijfenvijftig.

Problematisch is echter de kosteneffectiviteit van tuberculosescreening. Bij cholesterol lijkt primaire preventie (voeding) ook kosteneffectiever te zijn dan screening. Dit komt door de hoge kosten die gemoeid zijn met de follow-up medicatie. De kosteneffectiviteit voor screening op hoge bloeddruk hangt samen met zo laag mogelijke deelnamekosten voor de burger (laagdrempelige voorzieningen in de directe omgeving).

Kosteneffectief zijn ook de preventieve tandartscontroles, maar prenatale diagnostiek is meer omstreken met name omdat de waardering van het afbreken van een zwangerschap voor de ouders onduidelijk is (Rose en Henderson, 1988).

## Literatuur

Bhattacharya, J. en N. Sood. Health insurance and the obesity externality, NBER Working Paper Series 11529, 2005.

Brouwer, W., P. van Baal en J. van Exel, De dubbele prijs van succes: the pain is in de gain in Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 84, 2006a, no. 5.

Brouwer, W. Gezond leven niet per se goedkoper, latere en laatste levensjaren vormen de grootste 'kostenpost' in Medisch Contact, 26 mei 2006b.

Burdorf, A. en J.P. Mackenbach. De invloed van gezondheid op vervroegde uittreding uit het arbeidsproces. In: Publieke gezondheid: achtergrondstudies. Den Haag: RVZ, 2006.

Cappelen, A.W. en O.F. Norheim. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach in Journal of Medical Ethics, 31, 2005, p. 476-480.

Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Signalering ethiek en gezondheid - ethische aspecten van kosten-utilitariteitsoverwegingen. Zoetermeer: CEG, 2005.

Cohen, D.R. en J.B. Henderson. Health, Prevention and Economics. New York: Oxford University Press, 1988.

Groot, W. en H. Maassen-Van den Brink. Externaliteiten in volksgezondheidsbeleid in Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 84, 2006, no. 5.

Grossman, M. On the concept of health capital and the demand for health in Journal of Political Economy, 80, 1972, p. 223-255.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? Den Haag: IGZ, 2005.

Lubitz, L. et. al. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly in New England Journal of Medicine, 349, 2003, no. 11, p. 1048-1055.

Muurinen, J.M. Demand for health: a generalized Grossman model in Journal of Health Economics, 1, 1982, p. 5-28.

Olshansky, et. al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st Century in *The New England Journal of Medicine*, 352, 2005, no. 11, p. 1138-1145.

Pickering, Ph. *High blood pressure* 2nd ed.  
London: Churchill, 1968.

Polder, J.J. *Risicosolidariteit en zorgkosten*.  
Zoetermeer: RVZ, 2005.

Polder, J.J., J.J. Barendregt en J.A.M. van Oers. Ontketent de grijze golf een tsunami in de zorgkosten? In *ESB* 21-4-2006, 2006, p. 181-184.

Polder, J.J. De verlies- en winstrekening van (on)gezond gedrag in *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 84, 2006, no.5.

Propper, C. *Why Economics is good for your health*. 2004 Royal Economic Society Public Lecture, CMPO Working Paper Series No. 05/116, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*.  
Zoetermeer: RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Volksgezondheid en gedrag*.  
Zoetermeer: RVZ, 2002.

Rashad, I., M. Grossman en S.Y. Chou. The super size of America: an economic estimation of body mass index and obesity in adults, NBER Working Paper Series 11584, 2005.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Economische evaluatie van preventie - Kansen voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid*.  
Bilthoven: RIVM, 2005a.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht - Onderbouwing Nationaal Actieplan Sport en Beweging*.  
Bilthoven: RIVM, 2005b.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Potential health benefits and cost effectiveness of tobacco tax increases and school intervention programs targeted at adolescents in the Netherlands*.  
Bilthoven: RIVM, 2005c.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Kosten van Preventie in Nederland 2004, zorg voor euro's – 4.  
Bilthoven: RIVM, 2006a.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.  
Volksgezondheidtoekomstverkenningen.  
Bilthoven: RIVM, 2006b.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Overgewicht bij jonge kinderen en volwassenen: kwantificeren van de kloof tussen energie-inneming en energieverbruik.  
Bilthoven: RIVM, 2006c.

Rose, G. The strategy of preventive medicine.  
Oxford: Oxford University Press, 1992.

Sturm, R. The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs in Health Affairs, 21, 2002, no. 2, p. 245-253.

Thorpe, K.E. The Rise In Health Care Spending And What To Do About It, Disease prevention/health promotion approaches are key to slowing the rise in health care spending in Health Affairs, 24, 2005, no. 6, p.1436-1445.

Townsend, J.L. Cigarette tax, economic welfare, and social class patterns of smoking in Applied Economics, 19, 1987, p. 355-365.

Wit, A. de en J. Schuit. Kosten-effectiviteit en implementatie: de theorie van economische evaluatie versus de public-health praktijk in Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 84, 2006, no. 5.

Zweifel, P.S., S. Felder en M. Meiers. Aging of population and health care expenditure: a red herring?  
In Health Economics, 8, 1999, no. 6, p. 485-496.



## Bijlage 6

### Bijeenkomst met zorgverzekeraars in het kader van het advies Publieke Gezondheid op 3 februari 2006 in Utrecht

#### Aanwezig

##### *Deelnemers*

mw. mr. drs. C.H.M. Boudewijns, GGZ Nederland  
dhr. ir. B.F. Dessing, VGZ/ISA/TRIAS  
dhr. dr. E. Elsinga, Achmea Zorg  
dhr. R.A.C.L. Héman, GGD-Eemland  
dhr. A.M. van Houten, Zorg en Zekerheid Verzekeringen  
dhr. J. de Jong, Salland Verzekeringen  
mw. mr. M.E. Kroes, College voor Zorgverzekeringen  
dhr. drs. C.B. Leerink, Menzis  
dhr. A.J.G.A.C. Prince, CZ-groep Zorgverzekeringen/VZS  
dhr. J. Rijkens, FBTO  
dhr. R. Swens, OZ Zorgverzekeringen  
dhr. G.J. Wissink, Delta Lloyd

##### *Nederlandse Public Health Federatie*

dhr. H. van Lienden  
mw. mr. M.J.G. de Jager

##### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

dhr. prof. dr. T.E.D. van der Grinten, raadslid  
mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard, raadslid  
dhr. drs. J.B.J. Drewes, arts  
mw. drs. I. Wallenburg  
mw. drs. M.G. Wats, arts

#### 1 Opening

De heer Van der Grinten heet iedereen welkom en bedankt de aanwezigen voor hun bereidheid om deel te nemen aan deze discussie over de rol van zorgverzekeraars bij Publieke Gezondheid. De heer Van der Grinten geeft een korte introductie over het advies en de plaats van deze bijeenkomst daarin. Er is een nieuw momentum ontstaan voor de Publieke Gezondheid vooral door het groeiend aantal bedreigingen van de volksgezondheid. Die problemen zijn niet nieuw. De minister vraagt de RVZ wat de grote bedreigingen precies zijn, wat daar tot nu toe aan gedaan is en of dat succesvol geweest is. En, uiteraard, als dat niet het geval is, wat

de oorzaken daarvan zijn en hoe daarmee omgegaan moet worden. Een tweede reden voor het momentum is de inwerkingtreding van de nieuwe basisverzekering. De minister heeft de RVZ in dat kader gevraagd in hoeverre de verzekeraars ook een rol kunnen spelen bij de aanpak van de genoemde volksgezondheidsproblemen.

De heer Drewes heeft een discussienotitie gemaakt voor deze bijeenkomst. De eerste helft van deze notitie bespreekt de aanname dat zorgverzekeraars een rol kunnen spelen bij preventie. De vraag is of dat een realistische veronderstelling is en wat de factoren zijn die dat bevorderen of belemmeren. Als we vinden dat er kansen liggen wat zijn dan de aanvullende mogelijkheden en maatregelen.

De RVZ heeft ook een omschrijving van de verschillende soorten van preventie gegeven in de notitie. Dit is noodzakelijk omdat er veel definities in omloop zijn. De voorzitter nodigt de aanwezigen uit om daar aanvullingen en correcties op aan te brengen.

In het tweede deel van de notitie zijn drie scenario's omschreven voor de discussie. Als laatste bevat de notitie een aantal discussiestellingen. De voorzitter nodigt de aanwezigen uit zich voor te stellen en kort aan te geven wat de visie van hun organisatie is op preventie en welke activiteiten hun organisatie onderneemt of van plan is te ondernemen.

## **2 Voorstelronde**

### *Elsinga, Achmea Zorg*

De heer Elsinga is sinds mei 2005 verantwoordelijk voor de zorginkoop van Achmea bij aanbieders in de cure en de care. Achmea heeft als reclameslogan 'Je eerste zorg is je gezondheid'. Dat uitgangspunt bevestigt dat Achmea zich inspant om die zorg voor gezondheid handen en voeten te geven en meer te doen dan alleen het verzekeren van ziektekosten. Er zijn wel technische aspecten die de mogelijkheden voor preventie beïnvloeden, maar in de kern is het voor zorgverzekeraars belangrijk om gezondheid aandacht te geven. De aandacht voor preventie zal zeker groeien. Achmea stimuleert de zorg voor gezondheid met programma's die een gezonde levensstijl, bewegen en gezond gedrag bevorderen. Achmea doet dit middels de Healthcentres die aandacht voor gezondheid bevorderen.

Ook besteedt Achmea steeds meer aandacht aan preventie in afspraken met collectiviteiten. Daarin is de relatie met ziekteverzuim vaak relevant voor bedrijven. De heer Elsinga geeft aan dat hij het interessant zou vinden als verzekeraars, naast contracten met aanbieders op het gebied van preventie, ook afspraken met verzekerden over preventie zouden kunnen maken. Dat kan de vrijblijvendheid verkleinen. Het geeft mogelijk de kans om (positieve) prikkels voor gezond gedrag bij de burger zelf te

introduceren. Vraag is of dit mogelijk is en hoe iets dergelijks uitgevoerd zou kunnen worden.

#### *De Jong, Salland verzekeringen*

De heer De Jong is sinds 1 juli algemeen directeur van Salland Verzekeringen. Zijn organisatie is één van de kleinsten in Nederland. De heer De Jong stelt dat preventie zeer noodzakelijk is. Als voorbeeld mag dienen het feit dat slechts één op de drie mensen een goede conditie heeft. Er ligt dus een missie. Zorgverzekeraars hebben momenteel beperkte interesse voor preventie door de hevige concurrentie. Maar dat zal zeker veranderen. De interesse voor preventie geldt niet alleen voor de zorgverzekeraars, ook voor veel partijen in het veld (GGD en GGZ) is preventie van belang. Dat geldt vooral ook voor de gemeenten. Zij hebben een taak op dit gebied door de komst van de Wmo. De heer De Jong geeft aan vooral veel meerwaarde te zien in regionale samenwerking in netwerkverband. Zo heeft Salland dit jaar, in samenwerking met andere regionale partijen, tot 'het jaar van de gezonde beweging' uitgeroepen. Zijn organisatie probeert daarbij dicht bij de behoeften (leeftijdgebonden) en de privé interesses van de mensen zelf te blijven. Ouderen worden bijvoorbeeld uitgenodigd te wandelen, voor jongeren is er de mogelijkheid te roeien op de IJssel. Hij waarschuwt voor het opleggen van verplichtingen aan collectiviteiten, dat is waarschijnlijk contraproductief. De heer De Jong zegt meer te zien in een goede samenwerking met het veld. Hij gelooft in ketenprogramma's die ook 'naar voren vertaald worden' in preventie. De GGD heeft een aantal van deze programma's lopen, Salland steunt deze programma's.

#### *Kroes, CVZ*

Mevrouw Kroes is sinds 1 januari werkzaam op de afdeling pakketbeheer. Daar is veel veranderd sinds de introductie van de basisverzekering. Er zijn vier kerntaken voor het CVZ gedefinieerd; pakketbeheer, fondsen en financiering en uitvoering. Preventie vindt het CVZ belangrijk en het stelt zich op het standpunt dat het pakket toekomstgericht moet zijn. Er zal dus mogelijk meer ruimte voor preventie komen. Ook het huidige pakket bevat echter al veel van preventieve activiteiten. Een echte visie op preventie heeft het CVZ momenteel nog niet.

#### *Dessing, VGZ/ISA/TRIAS*

De heer Dessing geeft aan dat zijn organisatie preventie belangrijk vindt. Hij gelooft in beginsel niet in een collectieve aanpak, waarbij zorgverzekeraars samen activiteiten ondernemen (al dan niet in een fonds). Verzekeraars kunnen goed zelfstandig opereren op dit gebied. Preventie biedt veel kansen voor verzekeraars om hun verzekerden voor de lange termijn aan zich te binden. De nieuwe basisverzekering biedt de kans voor het aangaan van collectieve contracten. Daar wordt overigens fors misbruik van gemaakt door verzekeraars. Er was aanvankelijk grote poli-

tieke terughoudendheid voor collectiviteiten (max 10%). Daar is echter toch meer ruimte voor gecreëerd. De huidige collectiviteiten hebben vaak geen grondslag (argument) meer voor een korting. Voor een goede grondslag moet de groep een gemeenschappelijk kenmerk hebben dat een korting op de premie rechtvaardigt. Het is een veel rekbaarder begrip geworden. De vraag is hoe dat gecorrigeerd kan worden. De markt zou dit kunnen doen. Het kan echter ook zijn (en dat is een risico) dat de markt niet snel genoeg is en de politiek ingrijpt. Dat zou een gemiste kans voor de samenleving zijn. In principe geeft de collectiviteit namelijk veel mogelijkheden om het wisselgedrag van verzekerden te verminderen en dus preventie aantrekkelijker te maken. Verzekeraars zouden hier via zelfregulering moeten ingrijpen en zich beperken tot de traditionele collectiviteiten. De heer Dessing stelt dat het verstandiger zou zijn om daar mee te starten en van daaruit (op rationele gronden) de groepscontracten uit te bereiden. Er moet een groepsgevoel zijn op grond waarvan een groepsmechanisme op gang komt, het gedrag verandert waardoor de korting te rechtvaardigen is.

Overigens is er ook voor de individuele verzekerde veel mogelijk. Zo heeft VGZ een contract met Staatsbosbeheer. Naar dat soort producten is veel vraag. Samenvattend stelt de heer Dessing dat er dus veel mogelijk is voor zorgverzekeraars. Zij kunnen dat goed eigenstandig aanpakken en zijn zelf aan zet. Er zijn zeker gebieden waar verzekeraars niet aan toekomen; pas dan is er ruimte voor een preventiefonds en voor de overheid.

#### *Wissink, Delta Lloyd*

De heer Wissink is adviseur van de directie Zorg van Delta Lloyd en heeft ook ervaring op het gebied van zorginkoop. Delta Lloyd vindt preventie belangrijk. De organisatie is terughoudend met collectiviteiten en beperkt deze tot groepen die iets gemeenschappelijk hebben. Bijvoorbeeld bedrijven, patiëntenverenigingen of brancheorganisaties. Deze groepen bieden mogelijkheden voor het ontwikkelen van specifieke programma's. Delta Lloyd heeft veel ervaring op de collectieve en zakelijke markt. De heer Wissink ziet veel meerwaarde in de combinatie zorg en inkomensverzekeringen (MKB). Als je het over inkomen hebt is preventie razend belangrijk. Dat geldt vooral voor de kleinere bedrijven. De werkgever heeft echt een drive om het verzuim te reduceren. Dat geldt bij uitstek voor werkgevers die geen inkomensverzekering hebben. Preventie heeft iets van betutteling. Delta Lloyd stelt zich op het standpunt dat de verzekerde zelf moet beslissen. De verzekeraar moet hem instrumenten in handen geven om zo gezond mogelijk te leven. Voorbeelden daarvan is het diavitaalprogramma voor diabetici en het preventiekompas (test voor risicofactoren en advies).

*Leerink, Menzis*

De heer Leerink is directeur zorg bij Menzis. Hij koopt in bij zorgaanbieders. Menzis maakt onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. Primaire preventie vindt Menzis in principe een taak voor de overheid. De zorgverzekeraar kan verzekerden wel proberen te beïnvloeden (zeker in collectieve zin), maar hij heeft hier altijd een afgeleide verantwoordelijkheid. Bij secundaire en tertiaire preventie ligt dat anders. Dat zijn kerntaken voor verzekeraars, ook bij zorginkoop. De heer Leerink zegt geen voorstander te zijn van samenwerking tussen verzekeraars bij preventie. Juist de concurrentie tussen verzekeraars vergroot de omvang van de activiteiten op het gebied van preventie en zal innovatie bevorderen. Een ander punt is dat de verzekerde zelf het meeste belang heeft bij gezond leven en preventie. De individuele benadering zou daarom veel meer het uitgangspunt moeten zijn. De verzekeraar kan zijn verzekerde instrumenten aanleveren. Dit kan bijvoorbeeld met programma's of financiële arrangementen (eerst sparen en daar dan later iets extra's voor kunnen doen).

Volgens Leerink zijn met collectiviteiten goed afspraken te maken over preventie-inspanningen, minder over de resultaten van preventie. Menzis zal hieraan in het contract met de FNV handen en voeten geven. In de financiering en bekostiging zitten volgens Menzis aspecten die contra-productief werken. Zo is het bij tertiaire preventie de vraag of het lucratief is voor verzekeraars om te investeren in deze vorm van preventie. Gezondheidseconomisch ligt dat niet altijd voor de hand. Vaak is het logischer om de verzekerden daarvoor te laten betalen. Het levert niet altijd wat op voor verzekeraars. Dat vraagt aanpassing van de vereveningssystematiek, bijvoorbeeld het verruimen van de mogelijkheden voor beloning van disease-management-programma's.

*Héman, GGD Eemland*

De heer Héman is werkzaam bij de GGD Eemland in Amersfoort en heeft daarvoor als adjunct directeur zorg bij Salland Verzekeringen gewerkt. Hij heeft ervaring als District Medical Officer in Afrika. Daar heeft de heer Héman gezien dat het opknippen van primaire en secundaire preventie niet effectief is. Mensen moeten hun gedrag veranderen. Dat geldt voor mensen die nog niet ziek zijn (primaire preventie) en niet alleen voor mensen die al een ziekte hebben. Het gaat om een integrale aanpak. GGD Eemland is nu bezig met een pilot waarin een risicoscore van een deel van de bevolking wordt gemaakt als start van interventies. Verzekeraars (RVVZ) subsidiëren dit initiatief. Primair is een signaleringsstructuur. Dat geeft mogelijkheden om te sturen en is ook voor zorgverzekeraars interessant (toekennen kortingen aan individuen en collectiviteiten). De heer Héman benadrukt nogmaals dat de interventies die op basis van de signalering ingezet worden integraal moeten zijn; onderscheid tussen primaire en secundaire preventie is niet effectief.

VGZ geeft aan eenzelfde soort initiatief te ondersteunen, echter uit eigen middelen. Daarmee benadrukt de heer Dessing zijn stelling dat zorgverzekeraars dergelijke initiatieven ook op eigen kracht kunnen doen. Dan worden activiteiten ook structureel (n.b. RVVZ is een onderzoeksfonds).

*Van Lienden, PHF*

PHF probeert de Public Health te bevorderen door het organiseren van debatten.

De heer Van Lienden is van mening dat verzekeraars goed zelf preventie op kunnen pakken. Daarbij is wel goede samenwerking tussen bijvoorbeeld GGD en de verzekeraars noodzakelijk. Ook opbouw van een klantrelatie is daarbij mogelijk.

*Rijkes, FBTO*

De heer Rijkes is manager zorgbeleid bij FBTO. FBTO neemt binnen Achmea een speciale positie in. FBTO kiest zowel op het gebied van schade/leven en zorg voor eenvoudige producten met een aantrekkelijke prijsstelling. Onze klanten zijn hoog opgeleide doe-het-zelvers. FBTO gelooft in preventie én in de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde. FBTO biedt daarom tot nu toe geen diensten op dit gebied aan. Die keuze heeft dus sterk te maken met de klantenkring en het profiel van het bedrijf.

*Swens, OZ*

De heer Swens is manager zorgimplementatie bij OZ. OZ ziet preventie breed; mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid c.q. de werkgever is verantwoordelijk voor de gezondheid van zijn werknemers. De realiteit is echter dat niet iedereen in staat is die verantwoordelijkheid te nemen. Daar ligt een taak voor de verzekeraar. Kun je het niet? Dan is dat het moment voor empowerment. Heb je geen zin? Dan kan OZ ook iets bieden, maar dat kost geld. Het uitgangspunt is dat OZ kiest voor diensten die meer energie opleveren dan ze kosten en die zich verspreiden. OZ heeft een regionale ketenbenadering. Hij onderscheidt weten, willen, kunnen doen en vasthouden. Weten en willen kan bereikt worden met landelijke programma's. Voor 'doen' en 'vasthouden' is vaak ondersteuning nodig vanuit regionale netwerken, waarbij GGD, scholen, sportclubs, buurthuizen, gemeenten etc. betrokken zijn. Een goed voorbeeld is het sportief wandelen voor het diabetesprogramma. Ook in het buitenland heeft OZ een aantal goede voorbeelden gevonden. Zo is er in Zuid-Afrika een initiatief waarbij mensen met risicofactoren een membership programma voor de sportschool krijgen (blue, silver of gold). Dit heet 'Discovering Health'. Mensen die goldmember zijn (drie keer per week sporten) blijken 15% minder zorg te consumeren en niemand heeft in die drie jaar diabetes ontwikkeld. Er is dus sprake van een verschuiving van zorg naar gedrag. Dat doen mensen niet alleen, dat moet in groepsverband. Als laatste noemt de heer Swens de werkgevers. Zij

willen zich vaak inspannen om hun werknemers gezonder en fitter te maken en vragen om ondersteuning daarbij. Dat vraagt interventies die buiten de medische wereld en meer op het gebied van gedrag liggen. De werkgevers bieden een mooi kanaal om mensen te bereiken. Het is indrukwekkend wat je dan bij mensen kan bereiken. Vooral ook bij mensen die op het punt stonden uit te vallen of aan reïntegratie begonnen waren. De heer Van der Grinten vraagt waarom verzekeraars dit doen en waar de grenzen liggen. Deze activiteiten van OZ liggen namelijk eigenlijk op het gebied van wat vroeger 'opbouwwerk' heette. De heer Swens stelt dat de grenzen meer door beschikbare middelen bepaald worden. Het is, juist in tijden van grote concurrentie, van belang om als bedrijf terug te gaan naar je wortels. Wat is mijn maatschappelijke bijdrage? Wat is je recht van bestaan?

*Boudewijns, GGZ Nederland*

Mevrouw Boudewijns is projectleider zorgstelsel (overheveling naar het tweede compartiment). GGZ-aanbieders vinden preventie erg belangrijk. Zij willen graag meer bieden en zoeken naar samenwerking. Vooral bij psychische aandoeningen is er veel te winnen op dit gebied.

*Prince, CZ*

De heer Prince is van oorsprong neuroloog. Hij zet zich al lang in voor integrale zorg. Dat betekent dat zaken gekanteld moeten worden (weghalen schotten tussen eerste- en tweedelijns). Het is niet zinvol onderscheid te maken tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. Ook voor de patiënt niet. Er zijn een aantal ontwikkelingen geweest in de afgelopen 10 jaar die grote gevolgen hebben gehad voor het begrip preventie. De essentie van preventie was altijd dat er geen zorgvragers waren. Dat is veranderd en daarom is er geen onderscheid meer tussen de vraag naar zorg, de vraag naar preventie of welke andere activiteit dan ook. Er komt ruimte vrij voor nieuwe producten en diensten voor verzekeraars. Een tweede punt is de financiering. Het risico verschuift in de nieuwe basisverzekering naar de verzekeraar. Dat risico blijft zeer beperkt (vereveningssysteem geldt nu ook voor particulieren). Dat betekent dat de kerntaak van verzekeraars niet langer verzekeren is maar financiering van de zorg, onder voorwaarden uiteraard. De enige voorwaarde is de polis. De basisverzekering ligt vast en kent geen taken op het gebied van preventie. Verder is de verzekeraar tot niets verplicht. Als hij iets wil doen moet dat in het aanvullend pakket. Als een verzekeraar doelgroepen voor preventie wil selecteren, dan loopt hij tegen het probleem van de 'Chinese muren' tussen de data (declaratiegegevens) van individuele verzekerden in het basispakket en de aanvullende verzekering aan. Hij mag die gegevens niet gebruiken. In feite weet je als verzekeraar niet eens of een verzekerde uit de groep met een basisverzekering ook een aanvullende verzekering heeft en vice versa. Met andere woorden je hoeft niets aan preventie te doen, sterker nog; je mag het niet.

Er moeten dus nog een aantal zaken veranderen in de huidige systematiek. Maar in de individuele relatie met de verzekerde zijn wel interessante dingen mogelijk. Zeker nu de verzekerde zelf vragen heeft op dit gebied. Zo is CZ als eerste met het fitburgerplan gestart (CZ actief in gezondheid). Het blijkt echter toch veel moeite te kosten om mensen te bewegen hun gedrag te veranderen. Dat geldt al voor hoogopgeleiden, laat staan voor de lage sociaal-economische klassen. Een tweede voorbeeld is het regionaal diabetesprogramma dat CZ samen met VGZ heeft ontwikkeld. Dit is in een paar maanden uitgegroeid tot een succes. Huisartsen zijn zeer betrokken. De educatie en preventie (nulmodule) ontbreken echter. Die kunnen niet gefinancierd worden uit de DBC-prijs. Kortom, ook al heb je een goed plan en draagvlak dan ontbreekt de financiering en liggen er een aantal formele barrières.

De heer Van der Grinten vraagt de heer Prince of hij van mening is dat deze barrières geslecht moeten worden. De heer Prince is van mening dat dit noodzakelijk, maar duur is. Als je toch preventie wilt inzetten dan kom je op programma's zoals in Zuid-Afrika. Je kan de normale diabeteszorg al niet betalen, laat staan preventie. De heer Swens brengt in dat de Diabetesvereniging Nederland hulp biedt, bijvoorbeeld met een diabetesrijbewijs en voorlichting. Ook de inzet van ICT kan veel besparen. Zelfcontrole kan het aantal controles in de zorg waarschijnlijk drastisch reduceren. Het probleem is wel hoe je mensen bereikt, veel mensen willen niet veranderen. De vraag is ook of de verzekeraar de verantwoordelijkheid heeft (en de ambitie moet hebben) om die mensen te bereiken. De heer Leerink vindt van niet. De verzekeraars kunnen mensen die niet willen niet dwingen, daar ligt volgens Leerink een taak voor de samenleving. Verzekeraars voelen zich verantwoordelijk voor de mensen die wel willen. De heer Prince geeft aan dat er iets wezenlijks verandert op het moment dat er een diabetes DBC komt. Dan hebben mensen recht op preventie en moet de verzekeraar dat aanbieden. Dan heb je als verzekeraar een probleem als mensen niet willen. De heer Wissink stelt dat de verzekeraars nog tegen een ander probleem aanlopen namelijk een imago-kwestie. Zodra je als verzekeraar begint over preventie denken mensen dat het je om het geld te doen is. De heer Swens oppert dat verzekeraars niet moeten investeren in mensen die echt niet willen en dat geld in de volgende generatie moeten steken.

De heer Leerink onderschrijft het standpunt van de heer Prince van de financiering. Menzis heeft een aantal preventieprojecten lopen. Bij elkaar gaat het om veel minder dan één procent van de totale omzet. Het zijn incidentele 'potjes'. Als je het cynisch zegt dan stimuleert het wel, maar het zorgt niet voor grote doorbraken. Zorgverzekeraars gaan niet zorgen voor sportleraren in alle scholen. Die investeringen doen we niet en gaan we waarschijnlijk ook niet doen. Het zou in de aanvullende verzekering kunnen (nog los van het probleem van de Chinese muren), maar dan



moet ik het kunnen verbinden met de basisverzekering. De heer Dessing stelt de aanwezigen op de hoogte van het feit dat die Chinese muren gaan verdwijnen. Die voorstellen liggen er al. Ook het punt van risicodragen zal veranderen (politieke druk). Zijn voorstel is om dat dus niet te veel als leidraad voor de discussie te nemen.

Mevrouw Le Grand informeert naar de visie van de verzekeraars op de lokale activiteiten met aanbieders in een regio of buurt. Dat zit, zeker qua methodiek, dicht tegen welzijnswerk aan en is nauwelijks gezondheidszorg. De verzekeraars geven aan dat er vrijwel altijd een vraag van verzekerden ligt. Daar ligt de motivatie om deze activiteiten te ontwikkelen. Het traditionele zorgaanbod schiet vaak tekort en geeft zelden het goede antwoord. Verzekeraars hebben daar een functie, het zou jammer zijn als zij die kansen lieten liggen. Zo hebben de Christelijke Mutualiteiten in België een krantje met informatie over alle buurtactiviteiten. Zij helpen mensen op gang met informatie en introductiekortingen. Het zijn diensten naast het pakket. De heer Dessing signaleert dat de zorgverzekeraars in die zin 'van kleur veranderen' en zich meer op dienstverlening gaan richten.

#### *Van Houten, Z&Z*

De heer Van Houten is van mening dat verzekeraars preventie als lange termijn project zien. Zij kijken vaak naar de korte termijn en naar hun positie ten opzichte van de anderen. Er is ook veel kopieergedrag. Z&Z vindt dat preventie op de lange termijn belangrijk is en is van mening dat verzekeraars daar gezamenlijk iets aan moeten doen. Uiteraard blijft er een taak voor de overheid, maar er is ook een rol voor preventie bij verzekeraars. Het gaat niet alleen om imago-campagnes. Preventie komt alleen van de grond als het als een verstrekking in het basispakket wordt opgenomen. De verzekeraar is in dat geval direct de uitvoerder en heeft een legitimatie.

De heer Van der Grinten vat de discussie samen. Hij concludeert dat de drive voor preventie van de verzekerde zelf moet komen (of van de werkgever). De verzekeraar kan daarop inspelen. De heer Leerink geeft aan dat werknemers ook steeds makkelijker weglopen uit collectieve contracten. Tevens signaleert hij dat de synergie tussen ziektekosten- en verzuimproducten in theorie bewezen is, maar dat de praktijk vaak toch weerbarstig is.

De voorzitter geeft als tweede conclusie dat er veel activiteiten zijn, ondanks het geschetste probleem van het wantrouwen tegen de intenties van verzekeraars om preventie aan te bieden (geld). Hij vraagt de aanwezigen hoe dat komt. Men antwoordt dat de verzekeraar vaak onderdeel van een keten van aanbieders is en in die zin minder zichtbaar. Het is ook de uitdaging om aan verzekerden duidelijk te maken dat kwaliteit

ook voor de verzekeraar goedkoper is. Je moet die vertrouwenspositie verdienen. De heer Van der Grinten vraagt of het werken in netwerken daarvoor niet juist de aangewezen weg is, tactisch gezien. De heer De Jong onderschrijft dit en stelt dat ook de zorgaanbieders een belangrijk kanaal zijn voor de verzekeraar om verzekerden te bereiken. Via de zorginkoop bij zorgketens kan je veel doen op het gebied van preventie. De verzekeraars moeten bij zorginkoop de financieringsvormen van de Wmo en de AWBZ bij elkaar brengen (in een regionaal budget?).

De heer Swens stelt dat veel preventie aangrijpt op gedrag. Gezond gedrag kost in principe niets. Mevrouw De Jager is het daarmee oneens. Het kost altijd geld. De heer Leerink geeft aan dat meewerken aan preventie in netwerken interessant is voor regionaal werkende verzekeraars, voor landelijk werkende is investeren in een lokaal systeem niet interessant. De financiering van lokale initiatieven is niet simpel, zeker niet als je gekozen hebt voor het model van landelijk werkende verzekeraars. De heer Van der Grinten concludeert dat het voor een aantal verzekeraars wel logisch is om daarin te investeren, er zullen echter plaatsen zijn waar gaten vallen. Laat je dat als verzekeraars over aan de overheid of wil je daar toch ook een rol in spelen? De heer Leerink stelt dat zelfs als er een concentratie van verzekerden is, preventie nog niet altijd voor de hand liggend is. Ten eerste is er een gebrek aan effectieve interventies. Ten tweede zijn de investeringen vaak hoog en laat de pay off zo lang op zich wachten dat verzekeraars een korte termijn financieringsprobleem krijgen. Ik moet die kosten doorberekenen in mijn polispreis en ik verlies daardoor verzekerden.

De heer De Jong suggereert dat juist dat probleem er voor zou pleiten om als verzekeraars gezamenlijk een landelijk dekkend netwerk op te zetten. De heer Leerink brengt daartegen in dat er al veel regionale structuren zijn, die werken niet optimaal en verzekeraars steken daar geen geld in. Zij hebben die prikkel kennelijk gewoon niet. De heer Van Houten is van mening dat het erg moeilijk is om een budget voor preventie te krijgen. Het zit nu te veel in de commerciële hoek. Als je op lange termijn iets wilt doen moet je er een verstrekking van maken en het betalen uit het tweede compartiment. Dan is de discussie landelijk of regionaal niet interessant. Aanwezigen vragen of dat realistisch is. Voor diabetes waarschijnlijk wel, maar voor andere delen van de zorg misschien minder. De heer Héman ziet nog een ander probleem: de aanpak van risicofactoren en bevordering van gezondheid van mensen die nog niet ziek zijn kan je nooit in een DBC vangen. Toch ligt daar de grote winst. Dat vraagt een wijkgerichte aanpak met specifieke programma's. Dit moet misschien een taak voor de GGD blijven.

De heer Dessing wijst op een denkfout. Preventie is een groepscultuur. Je moet je niet laten leiden door regio's of andere structuren. Je moet op

zoek gaan naar groepssettingen binnen je verzekerdenbestand. Als je als verzekeraar die organisatiegraad kan vinden dan kan je ook met primaire preventie aan de slag. Vervolgens moet je kijken welke systemen dat kunnen faciliteren. De heer Swens onderschrijft die gedachte. Hij organiseert trainingen in de regio. Dat is niet alleen voor verzekerden van OZ; mensen die niet bij OZ verzekerd zijn betalen het zelf. Je biedt dan als verzekeraar niet alleen verzekeringsproducten maar een veel breder palet van diensten aan.

### **3 Bespreking van de notitie**

#### **Terreinafbakening en definities**

De heer Van de Grinten vraagt de aanwezigen om een reactie op de definities. De heer Leerink stelt dat de RVZ wel een keuze moet maken voor één set van definities. De heer Héman wijst op het gevaar dat afbakening leidt tot versnippering. Juist de integrale aanpak levert resultaat op, in die zin is de afbakening niet bruikbaar en zelfs gevaarlijk. Dat betekent niet dat alle activiteiten in één hand gelegd moeten worden. De heer Van der Grinten geeft aan dat de samenhang het uitgangspunt moet zijn. Daarna kunnen zaken toegewezen worden aan actoren. De heer Leerink stelt dat je bij het doel moet beginnen: zo lang mogelijk gezond leven. Daar kan je een aantal dingen voor doen. Dan pas komt de vraag wie dat moet doen aan de orde.

De heer Swens zegt dat je straks veel meer kunt voorspellen en daar kun je als verzekeraar een rol in spelen. Bij werkgevers bestaan al instrumenten waarmee de kans ingeschat kan worden dat mensen binnen een jaar uitvallen. Het is dan wel de vraag of je daar als verzekeraar nog een rol hebt.

De heer Drewes vraagt zich af of er bepaalde activiteiten zijn die erg lucratief zijn voor verzekeraars omdat zij tot consumptie van veel zorg aanleiding geven. Verzekeraars hebben volgens de heer Drewes uiteindelijk belang bij een zo hoog mogelijke schadelast (omzet). De heer Leerink is het daar niet mee eens. Verzekeraars kunnen de premie niet zomaar verhogen. De RVZ heeft wel een punt als het gaat om financiering uit het vereveningssysteem. Daar zitten soms wel prikkels in om gebruik te verhogen (halen van de drempel voor toegang tot verevening). De heer Dessing is wel van mening dat verzekeraars belang hebben bij een stijging van de totale schadelast. Dat geldt op macroniveau en lange termijn. Per jaar is het zaak om de relatieve positie te optimaliseren (zo laag mogelijke schadelast bij één bepaalde omzet). De heer Drewes legt de conclusie op tafel dat er bepaalde vormen van preventie zijn die lucratiever zijn voor verzekeraars dan andere. Daar zitten mogelijk spontane incentives. De heer Prince geeft aan dat de mogelijkheden beperkt zijn.

Er zijn maar twee echt kosteneffectieve vormen van preventie geweest in het verleden, namelijk vaccinaties en traumapreventie. Volgens de heer Héman geldt dat ook voor preventie van depressie en andere psychische aandoeningen (medicatiegebruik is zeer veel lager bij mensen die vroegtijdig gesprekstherapie krijgen). De heer Leerink onderschrijft de stelling dat het niet voor de hand liggend is dat er voor verzekeraars veel te winnen is met preventie. Macro geldt dit wel, maar het is veel minder aantoonbaar, gezondheidseconomisch, voor de individuele verzekeraar. Langer leven leidt tot meer kosten. De heer Wissink stelt dat hier precies de reden ligt waarom verzekeraars tot nu toe weinig investeren in preventie, het is niet verplicht en het tast je relatieve positie aan. Incentives liggen in de commerciële hoek (meer producten).

De heer Dessing maakt hier een kanttekening bij. Hij is aanhanger van de lange termijn binding met verzekerden. Daarmee win je de wedstrijd. Dat kan je op de lange termijn laten zien in je premiebeleid. De (kosten van die) activiteiten kun je onderbrengen in aparte N.V. om de relatieve positie te behouden. Dan ben je weer terug bij het uitgangspunt dat je het systeem ondergeschikt maakt aan wat je wil bereiken. Dat is goed aantoonbaar in de collectiviteiten.

De heer Elsinga onderschrijft het belang van de binding met de verzekerde. Toch zou je cynisch kunnen blijven en stellen dat je in de long run kosten genereert bij de verzekerde. Nog steeds is de verzekeraar, die jonge mensen aantrekt en ze probeert kwijt te raken als ze ouder worden, het beste af. De heer Dessing ontkent dit. Het in- en uitschrijven van verzekerden kost veel geld.

De heer Van der Grinten nodigt de aanwezigen uit te kijken naar de laatste alinea op bladzijde 2, het intersectorale karakter. Als je uitgaat van de karakteristieken van verzekeringsrelatie en van de verzekerde, dan kom je per definitie uit op samenwerking met sectoren buiten de zorg. Dat onderschrijven allen. Dat betekent dat je automatisch bij de doelstellingen van die andere actoren (ook burgers) uitkomt. Dat kan ook tot concurrentie aanleiding geven tussen de sectoren en tussen verschillende vormen van preventie. De referentiepunten voor de verzekeraars zijn de binding met verzekerde en zijn imago. Die bepalen hoe je als verzekeraar met die concurrentie omgaat.

#### **Situatieschets**

TNO heeft een onderzoek gedaan naar preventie. De conclusies staan in deze paragraaf genoemd. Er blijken veel aangrijpingspunten voor preventie (bijvoorbeeld richtlijnen van de beroepsgroepen) maar die worden lang niet altijd gevolgd. Aan de andere kant zijn er ook veel activiteiten die niet als preventie benoemd worden, maar het wel zijn. De heer Héman heeft onderzoek gedaan waaruit blijkt dat beroepsgroepen de

richtlijnen maar voor 50% implementeren. Als je richtlijnen zou volgen zou je 20% minder kosten maken. Welke rol zou je kunnen spelen als verzekeraar? CZ geeft aan een samenwerkingsverband met WOK te hebben. De heer Prince zegt dat het echter lastig blijft. Onderzoek in de UK laat zien dat, als een huisarts alle richtlijnen zou volgen, hij alleen al aan preventie 8 uur per dag bezig zou zijn (taakherschikking). Dat kost geld.

Mevrouw De Jager stelt dat het probleem van kennisgebruik ook in de Public Health geldt. Er is veel kennis, maar het wordt niet toegepast. Hoe kun je dat verbeteren? De heer Leerink vertelt dat Menzis nu veel inspanningen in Groningen (1 miljoen per jaar) doet om richtlijnen toegepast te krijgen. Menzis neemt deel aan een stichting die huisartsen begeleidt bij het integreren van de richtlijn in de dagelijkse praktijk. Dat kost veel inspanning. De heer Van der Grinten vraagt of de aanpak van Menzis bruikbaar is voor verzekeraars? Leerink licht toe dat in de UK het gebruik van richtlijnen gekoppeld is aan een bonus. Dat lijkt te werken. Dan nog blijven er fysieke beperkingen (tijdbeperking), maar er is wel veel te verbeteren. In Duitsland is een systeem voor disease-managementprogramma's ingevoerd. Daar krijgen verzekeraars een beloning voor. De RVZ zal dit uitzoeken. Een ander idee is om te werken met keurmerken voor huisartsenpraktijken. De heer Prince heeft daar ervaring mee in Brabant. Je moet echter wel bereid zijn om praktijken die niet voldoen dan ook niet te betalen. Anders werkt het niet. De heer Dassing geeft aan dat VGZ een aantal jaren geleden gestart is met de opname van een kwaliteitsparagraaf in zijn contracten met zorgaanbieders. Daar komt het gebruik van richtlijnen ook aan de orde (CBO en NHG). Daar heeft de verzekeraar een mogelijkheid om te sturen. De branche dient zich te professionaliseren.

De heer Leerink vraagt hoe je dat over het voetlicht krijgt bij de individuele verzekerde. De heer Van der Grinten stelt dat dit juist de waarde van de pilots is. Daar kun je geloofwaardigheid mee krijgen. De heer Dassing vindt dat daar de uitdaging voor de verzekeraar ligt. Ook de patiëntenverenigingen kunnen daarin een rol spelen.

#### **Mogelijke scenario's**

De heer Van der Grinten vat samen dat de aanwezigheid van mening zijn dat verzekeraars wel het één en ander kunnen doen, maar dat de vraag van de burger moet komen. Te opdringerig zijn met preventie en goed gedrag werkt niet en strookt ook niet met de uitgangspunten van de verzekeraar. Dat geldt natuurlijk ook voor de relatie van de beroepsbeoefenaar met zijn patiënt. De heer Leerink stelt dat die prikkels er ook niet zijn, een cardioloog die zorgt dat iemand gezond wordt verdient niets meer.

De stelling is dat veranderingen in het stelsel niet primair zijn ingegeven door de wens preventie te bevorderen. Dat betekent dat opnemings van preventie in de basisverzekering niet erg kansrijk is (voorlopig). De aanwezigen zijn het daar over eens.

De aanvullende verzekering biedt wel veel mogelijkheden. Agis doet veel en biedt ook veel concrete diensten aan.

#### **Positie van ziektekostenverzekeraars**

De heer Van der Grinten stelt voor om punt vijf op te pakken. Hoe zien de verzekeraars hun rol? De RVZ heeft 3 globale beleidsopties (scenario's) genoemd met een steeds verdergaande liberalisering (1 naar 3). De vraag is of aanwezigen een voorkeur hebben. De heer Leerink geeft aan dat zijn voorkeur uitgaat naar scenario 3 (het meest verstrekkende). Het eerste scenario is ook te overwegen, maar dat hangt wel van de maatvoering af. Het tweede scenario wordt erg gekunsteld. De huidige situatie continueren kan altijd. De heer Wissink kiest eveneens voor het derde scenario. Er moet meer gebeuren. De vraag is wel wie het gaat doen. De huidige infrastructuur (GGD etc.) moet je niet verliezen. Hoe krijg je meer vitale coalities en betere samenwerking tussen publiek en privaat? Juist dat is bij preventie zeer relevant. Dat onderschrijven allen.

De heer Dassing snapt de opmerking over concurrerende preventie niet. De heer Drewes licht toe dat verschillende vormen van preventie onderling zullen concurreren (afvallen of pillen). Daarin kunnen verzekerden ook individuele preferenties hebben. Dit punt is van belang omdat de overheid niet geneigd is om iedereen aan de cholesterolverlagers te krijgen. De overheid kiest voor eigen verantwoordelijkheid. Deze constatering heeft dus gevolgen voor de mogelijkheden die er zijn. De heer Prince stelt dat de burger ook zelf kan kiezen. Het gaat erg snel met de preventieve medicatie. Burgers willen dat ook. Het is de vraag of ze het kunnen betalen.

De heer Van der Grinten vraagt wat de consequenties van deze ontwikkeling zijn. De heer Elsinga maakt een gedachtesprong en vraagt hoe, als verzekeraars kiezen voor optie 3, zij deze ontwikkeling kunnen stimuleren. Als je echt wat wil moet de overheid preventie dan in het pakket opnemen of moet hij vertrouwen op de markt? En wat komt er dan op de markt, de pil of de trainingsprogramma's? Het gebeurt nu al bij cholesterolverlagers, stelt de heer Leerink. Deze middelen zitten nu in het pakket. De kosten worden beheerst door de toegang tot die middelen aan strikte voorwaarden te koppelen (richtlijnen!). Je moet dus wel voorzichtig zijn met de zin 'afremmen van tertiaire preventie'. Er zijn en blijven mensen die ziek zijn en die medicijnen nodig hebben.

Mevrouw De Jager oppert de mogelijkheid van een convenant tussen ZN en VNG. Is dat een idee voor het advies van de RVZ? Verzekeraars en gemeenten hebben immers wel iets met elkaar. De heer Leerink geeft aan dat hij het belang van samenwerking tussen gemeenten en verzekeraar onderschrijft, maar dat hij niets ziet in een convenant. Dat kan iedere verzekeraar zelf doen. Ook de heer De Jong onderschrijft dit en stelt dat het juist om maatwerk gaat. Dat moet je niet te veel regelen. De heer Leerink heeft de ervaring dat gemeenten vaak irreële verwachtingen hebben ten aanzien van de investeringsbereidheid van verzekeraars.

De heer Van der Grinten vat de discussie samen. Hij stelt dat het uitgangspunt de actie van individuele verzekeraars moet zijn. De RVZ moet in het advies empirisch vaststellen hoe het nu is, taxeren wat zich zal ontwikkelen, aangeven welke aannames daaraan ten grondslag liggen en vervolgens een oordeel vormen, vanuit een collectief perspectief, wat er aan activiteiten zal blijven liggen. De conclusie is dan dat de overheid daar in moet springen of iets moet toevoegen. De boodschap van deze avond is dat het niet wenselijk is om de ondernemingskansen te verstoren door te veel regels of convenanten. Deze initiatieven moeten juist gestimuleerd worden.

De heer Van der Grinten gaat naar blz. 5 en 6. Daar komt de positie van de zorgverzekeraar aan de orde, de belangen en de normsystematiek. Een probleem is dat deze geen parameters biedt voor preventie. Een ander probleem is het gebrek aan bewijs voor de kosteneffectiviteit. De heer Prince geeft aan dat dit inderdaad een probleem is. Het is gewoon algemeen bekend dat preventie geld kost. Ook een uitermate succesvol project als Hartslag Limburg is weliswaar kosteneffectief, maar niet in de zin dat preventie geld oplevert. De kosteneffectiviteit ligt daar in het feit dat de kosten per gewonnen levensjaar lager zijn dan de norm van € 20.000, namelijk € 6000. De winst is dus gezondheid, geen geld.

In de laatste alinea op blz. 6 blijkt ook dat de kosten per leven niet minder worden, maar uitgesteld worden. De heer Van Houten legt uit dat mensen langer leven en dat kost geld. De winst ligt in arbeidsproductiviteit. De kosten vallen dan niet langer in de arbeidsproductieve leeftijd en dus bij het bedrijfsleven, maar komen in een later stadium in het leven van mensen.

Vervolgens komen de punten op blz. 7 aan de orde.

- *Punt 1:* De aanwezigen onderschrijven dit niet. Het is een bewijs uit het ongerijmde. Het geldt niet voor de individuele verzekeraar. Het geldt op macroniveau.
- *Punt 2:* Dat onderschrijven de aanwezigen. De heer Leerink vraagt zich af of er zo veel geïncasseerd wordt. Voor verzuimverzekeringen misschien wel, maar dat is vooral opvolgen bij ziekte. Voor de ziek-

tekostenverzekeraars is de winst minder duidelijk. De heer Van der Grinten vraagt of dat te maken heeft met de plaats in de organisatie waar de winst valt. De heer Leerink zegt dat dit probleem nog ondervangen kan worden door de winst terug te vragen van de werkgever. De heer Dessing ontkent dit. Er worden wel winsten geboekt. Harde gegevens bewijzen dat. Hij breekt nogmaals een lans voor het loslaten van het systeemdenken en meer aandacht voor nieuw vormen van dienstverlening. De heer Van der Grinten wijst erop dat dit natuurlijk niet het geval is voor pensioenverzekeringen (de heer Post). Het gaat erom een soort saldo te vinden tussen deze verschillende activiteiten en belangen. De heer Dessing zegt dat PGGM veel kosten maakt om de gemiste premie bij arbeidsongeschiktheid terug te verdienen.

- *Punt 3:* Dat onderschrijven allen.
- *Punt 4:* Dat is voor de branche van belang maar ook voor de individuele verzekeraar. De sector gaat over een fors deel van het bbp. Daar moet je uit hoofde van je maatschappelijke rol, als individuele verzekeraar, verantwoording over afleggen. Je zult moeten aangeven wat de samenleving wint met jouw activiteiten.

De heer Elsinga geeft aan, dat als je inzet op scenario 3 en argumenten hebt waarom zorgverzekeraars dat zouden moeten doen (punt 3 en 4), het vervolgens de vraag is of er voldoende prikkels voor verzekeraars zijn om die rol dan ook echt te gaan invullen. De heer Leerink plaatst daar vraagtekens bij. Iedereen is van goede wil en in verzuimverzekeringen is dat gelukt, maar de activiteiten op andere gebieden zijn beperkt (wel op onderdelen, niet breed). De heer Wissink wijst op het grote aantal wettelijke barrières dat er is om de combinatie verzuim - zorg goed te laten werken. Dat zou de overheid aan moeten pakken.

De heer Elsinga stelt dat punt 2 en 3 belangrijk zijn. Dat zijn de twee mechanismen die een appèl doen op marktprikkels. Het gaat dan om binding met verzekerden en combinatiepakketten die je als brede verzekeraar kan bieden aan werkgevers. Je zegt dan nog steeds niet: overheid neem preventie-aanspraken op in het pakket. Je vertrouwt op de werking van de markt voor preventie. Het is de vraag of dat echt genoeg is. De heer Dessing stelt dat het systeem dat Nederland nu heeft preventie moet faciliteren. Sterker nog, je moet het omdraaien, als preventie niet van de grond komt dan is dat de bijl aan de wortel van het stelsel. De incentives moeten bij verzekeraars zelf liggen, wij hebben hier vandaag ook geconstateerd dat er nog veel drempels (belemmeringen of manco's) zijn. Die moet je proberen weg te nemen, maar de drive moet van de verzekeraars zelf komen. Het incasseren van de winst is en blijft moeilijk. De heer Héman waarschuwt dat het niet alleen om een analyse gaat van de incentives voor de zorgverzekeraars. Ook de preventie zal haar huiswerk moeten doen en moeten werken aan bewijs.



Blz. 7 en 8. Het idee van een preventiefonds. De heer Van der Grinten vraagt of de stelling dat een aantal aanwezigen überhaupt niet voor een dergelijk fonds voelt juist is. De heer Prince geeft aan dat het fitburgerplan twee pijlers had, die twee pijlers zouden ook gelden voor een dergelijk fonds; dat was het oorspronkelijke plan. Ten eerste een inhoudelijke pijler: je moet ergens in de bevolking iets doen om resultaten te halen. CZ heeft dat op het individu gericht maar collectief georganiseerd. Een tweede pijler was dat 1-1,5% bovenop de basispremie gezet zou worden. Dat geld zouden de verzekeraars inzetten voor preventie. Dat was het idee en niet een losstaand fonds. VGZ wil het zelf doen, CZ wil het samen doen. De heer Van Houten ziet er niets in om eerst te storten in een pot en vervolgens op basis van trekkingsrechten weer te vechten om middelen uit die pot. De overheid moet de witte vlekken opvullen (GGD), maar niet de verzekeraars daarop aanspreken. De heer Prince licht toe dat het doel was om verzekeraars te committeren. De heer Leerink stelt voor om pas als je de witte vlekken in kaart hebt te beslissen of je dat uit het normstelsel oplost met verzekeraars of dat de overheid dat zelf wil doen. Als verzekeraars geïnteresseerd zijn in het invullen van de witte vlekken is dat het bewijs dat er voor hen een kans ligt. Als die interesse er niet is kan je aannemen dat de verzekeraar het niet kan/wil.

#### **4 Stellingen**

De stellingen zijn grotendeels allemaal aan de orde geweest. De derde stelling is eveneens al besproken. De heer Dessing zegt dat de stelling op zich juist is met uitzondering van het laatste stukje van de stelling. De heer Van der Grinten concludeert dat er wellicht wetenschappelijk juistheid in de stelling zou kunnen zitten, politiek en praktisch stellen aanwezigen vast dat zij allen het belang van preventie inzien en deze stelling niet onderschrijven.

Over punt 4 stelt de heer Wissink voor om toch ruimte te vragen voor verzekeraars in differentiatie in de nominale premie over het verzekerdenbestand heen (premiëdifferentiatie binnen je eigen bestand). De heer Prince vraagt zich af of je dat ooit kan onderbouwen. De heer Van der Grinten wijst op het verschil in zorgconsumptie tussen verschillende opleidingsniveaus dat men zou kunnen inzetten. Stelling 6 suggereert een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars. Bijna alle verzekeraars zijn onderlinge waarborgmaatschappijen. Het zou wel goed zijn dat de RVZ de waarde van het behoud hiervan benadrukt. De heer Elsinga maakt bezwaar tegen het woord 'aparte financiering'. Dat onderschrijven allen.

Stelling 7 en 8 zijn besproken.

De heer Van Houten vraagt de aanwezigen wat de impact van individualisering zal zijn. Als de burger zeer expliciete wensen krijgt, moeten wij daar dan op inspelen en wat betekent dat voor collectieve preventie.

Volgens de heer Dessing ontstaan er nieuwe verbanden, die moet je zien te identificeren.

De heer Leerink vraagt hoe één en ander nu verder gaat. Menzis denkt ook na over het solidariteitsprobleem dat de RVZ eerder signaleerde.

Wat blijft er over van het model van verzekeren als mensen niet meer bereid zijn om voor elkaar te betalen. Mensen willen voor zichzelf nog wel iets doen voor preventie, maar niet steeds voor alle anderen. Het fenomeen van risicopooling zal wel blijven bestaan.

## **5 Rondvraag**

Geen vragen. De voorzitter sluit om 20.00 uur de bijeenkomst en bedankt de deelnemers voor hun waardevolle bijdrage.

## **6 Belangrijkste punten en conclusies gesprek met Doeke Post**

- Volgens de heer Post voelen zorgverzekeraars zich niet verantwoordelijk voor de gezondheidstoestand van de populatie (distantiëren zich in toenemende mate) en verschillen onderling heel sterk. Willen ook niet investeren in de gezondheid van verzekerden.
- Als verzekeraars al iets willen doen is het uit hoofde van schadelastbeheersing.
- Willen niets doen voor verzekerden die kunnen switchen (op collectief gebied).
- Waar een logische verantwoordelijkheid te vinden is, is in het aspect van maatschappelijk ondernemerschap. Dan spreek je verzekeraars aan op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Misschien niet voor collectieve preventie, maar wel voor bijvoorbeeld diabetes. Verzekeraars hebben daar ook data voor. Het kost misschien wel geld, maar zeker in concentratiegebieden doe je dat voor eigen verzekerden. Verzekerden van andere verzekeraars kun je mee laten betalen. Het kan samen met GGD en thuiszorg (eerste en tweede lijn?)
- In het huidige tijdsgewricht is er weinig mogelijk (verschuiving verzekerden). Over 5 jaar als er meer stabiliteit komt zal er meer ruimte zijn.
- De heer Post geeft aan dat zorgverzekeraars door hun data veel inzicht hebben in mogelijkheden en behoefte aan (secundaire)

preventie. Zij zeggen dat ze de verzekerden vertegenwoordigen. Dat brengt een verantwoordelijkheid voor de gezondheidstoestand van hun verzekerden met zich mee

- De heer Post is vóór een verplichte bijdrage van verzekeraars conform het Duitse voorbeeld.
- Het is beter om zorgverzekeraars meer (markt)prikkels te geven om bij te dragen aan gezondheid van verzekerden. Zij moeten immers kwalitatief goede zorg inkopen. Hoe goed is die zorg voor de diabeten die zorgverzekeraars inkopen (kwaliteit van zorginkoop). De heer Post vindt dat geen gek idee maar blijft vasthouden aan de greep van de overheid.
- De heer Post is van mening dat je verzekeraars alleen met geld kunt sturen om 'aan preventie te doen'. Een wettelijke verplichting, in de zin van een onderdeel van de rechten van een patiënt, zou ook kunnen (basispakket). Dat zal, ook naar de verwachting van de heer Post, nog wel even duren.
- Welke kansen liggen er voor preventie op de werkvloer (combinatie zorg- en verzuim/arbeidsongeschiktheid en pensioenverzekeringen)? In Duitsland werkt die combinatie al lange tijd en het werkt goed. Zorgverzekeraars hebben er belang bij dat werknemers niet ziek worden (primaire preventie) en zo snel mogelijk weer aan het werk gaan. Dit is, met groot succes, gedaan bij rugklachten voor werknemers van Scania. In die zin is de huidige ontwikkeling gunstig.
- Over het idee van een preventiefonds (nieuwe experimenten in gang zetten; veelbelovende initiatieven) is de heer Post positief. Het is echter de vraag of verzekeraars dat met elkaar gaan doen. Dat is niet waarschijnlijk omdat verzekeraars hun bedrijfsgeheimen niet vrij willen geven (Achmea). Een preventiefonds past natuurlijk ook niet bij de logica van schadeverzekeraars.
- De heer Post wijst op de positie van artsen in een verzekeringsbedrijf. Verzekeraars zien hun toegevoegde waarde niet. Artsen spreken de commerciële taal ook niet. Post ziet veel mogelijkheden om artsen in te zetten voor schadelastbeheersing. Zij kunnen bijvoorbeeld inter-dokter variatie analyseren en uitnutten. Verzekeraars zijn gericht op onderhandelen op prijs met aanbieders. Daar heb je geen artsen bij nodig. Verzekeraars kijken (nog) niet naar de inhoud van de zorg bij het maken van afspraken. Het hele idee van onderhandelen op kwaliteit en doelmatigheid zit niet op hun netvlies. Als dat beter vorm zou krijgen zou preventie ook meer nadruk krijgen. Maar onderhandelen met artsen vraagt heel andere technieken. Wat dat betreft kunnen wij veel leren van de HMO's in Amerika. Economen bleken daar nauwelijks winst te kunnen halen, de meeste winst kwam van artsen die met artsen onderhandelen. Dat komt omdat de macht uiteindelijk bij de arts ligt. Volgens de heer Post staat de arts altijd aan de kant van de patiënt. De zorgverzekeraar trekt aan het kortste eind. Hij heeft artsen nodig.

- De heer Post wijst nog op de mogelijkheid om een compensatie te geven voor lage SES-groepen (op geleide van gegevens over populatie van zorgtoeslag) als financiële prikkel voor preventie. Dat geld moet dan wel apart gezet worden en geormerkt worden voor preventie. Het vereveningssysteem is nu gericht op gelijktrekking van de risico's en biedt dus geen prikkels voor preventie. Dat geeft te denken (winst houden?).
- Huisartsen zijn niet gericht op preventie. Het is een idee, maar dat kost geld, om een preventiemedewerker in elk gezondheidscentrum te zetten. De heer Post gelooft ook niet dat het geven van informatie over de gezondheidstoestand van hun patiënten helpt. Ook als zorgverzekeraars financiële prikkels voor huisartsen zouden geven om aan preventie te doen werkt niet volgens de heer Post. In Almere wordt iets dergelijks al gedaan. Misschien is het wel effectiever dan een GVO-er bij de GGD. Het kost echter veel geld.

## 7 Conclusies

Alle zorgverzekeraars onderschrijven het belang van preventie en zien preventie ook als een middel om verzekerden te binden. Echter, verzekeraars plaatsen daar direct een aantal kanttekeningen bij. Deze kanttekeningen verschillen per zorgverzekeraar.

- De zorgverzekeraars die nog een sterke regionale positie hebben tonen meer verantwoordelijkheid voor de gezondheid van hun verzekerden en zijn vóór samenwerking met andere partijen in het veld en met andere verzekeraars (al dan niet door middel van een fonds).
- De landelijk werkende zorgverzekeraars zien vooral mogelijkheden voor secundaire en tertiaire preventie. Bij goed te bereiken groepen, zoals werknemers, is eventueel ook primaire preventie mogelijk. Er moet dan echter een duidelijk aanwijsbare groepscultuur zijn die als basis voor preventie kan dienen. De arbeidssituatie biedt daarvoor de meeste kansen. Vooral ook door de combinatie van verzuim en ziektekostenverzekeringen.

Het huidige tijdsgewricht is ongunstig voor preventie omdat er in de komende tijd nog veel verschuivingen op de markt zullen komen (wisselgedrag van verzekerden en fusies). Maar zelfs als de markt tot rust gekomen is liggen er nog een aantal drempels voor preventie (zeker voor primaire, maar ook voor secundaire en tertiaire preventie).

- Ten eerste de financiering. Er zitten nog veel perverse prikkels in het financieringssysteem. Investeren in preventie komt direct ten laste van de resultaten in het jaar waarin de activiteiten ontplooid worden. Daarnaast zijn er nog geen preventie DBC's en ook voor ziekten als DM is de component voor preventie te laag. Verzekeraars

verwachten dat het nog wel enige tijd zal duren voor preventie in het basispakket opgenomen zal worden.

- Ten tweede, maar dit probleem is waarschijnlijk overkomelijk, mogen verzekeraars de data uit het basispakket niet benutten voor het aanvullende pakket (waar nu de preventie uit betaald moet worden). Dat maakt het vrijwel onmogelijk om patiënten gericht te benaderen.
- De verzekeraar heeft een imago probleem. Hij kan zijn verzekerden niet dwingen zonder het verwijt te krijgen dat hij uit is op reductie van eigen kosten in plaats van het belang van de verzekerde. De vraag zal dus van de verzekerde moeten komen.
- De zorgverzekeraar kan wel in zijn zorginkoop druk uitoefenen op zorgaanbieders. Het best kan dit door het gebruik van protocollen af te dwingen in contracten. Bij DM is preventie duidelijk onderdeel van kwalitatief goede zorg. Verzekeraars stellen dat daar een kerntaak voor hen ligt.

Samenvattend zullen zorgverzekeraars wel hun steentje bijdragen aan preventie (vooral indien deze activiteiten gekoppeld kunnen worden aan een duidelijk herkenbare groep/andere verzekeringen). De wijze waarop en de mate waarin verschilt per zorgverzekeraar. Dat betekent dat de landelijke en lokale overheid een belangrijke taak behouden. Zeker voor primaire preventie, maar voorsnog ook voor secundaire en tertiaire preventie. Samenwerking tussen verzekeraars op het gebied van preventie is momenteel niet haalbaar. Zorgverzekeraars zien het meest in opneming van preventie-activiteiten als onderdeel van het basispakket.



## Bijlage 7

### Literatuur

Bekkers, V.J.J.M., et al. Doorwerking van strategische beleidsadvisering. Rotterdam/Tilburg: Erasmus Universiteit Rotterdam/ Universiteit van Tilburg, 2004.

Boer, J. de. Oog voor de doelgroep: marketing voor welzijns- en andere non-profitorganisaties. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1988.

Duyvendak, J.W. en Hurenkamp, M. Kiezen voor de Kudde: Van Gennep, 2004

Hannaway, C. and Plsek, P. and Hunter, D.J. (2007) Developing Leadership and Management for Health. In: Hunter DJ (ed) Managing for Health. London: Routledge (in press).

Horstman, K. en R. Houtepen. Worstelen met gezond leven. Amsterdam: Het Spinhuis, 2005.

Hunter, D.J. and Marks, L (2005,) Managing for Health: What incentives exist for NHS managers to focus on wider health issues? London: King's Fund

Hunter, D.J. (2006) Efficiency. In: Marinker, M. (ed) Constructive Conversations About Health: Policy and Values. Oxford: Radcliffe Publishing

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? Den Haag: IGZ, 2005.

Keulen, M., van. Going Europe or going Dutch. How the Dutch government shapes Europes Union Policy: AUP, 2006.

Klazinga, N. en J. Mackenbach. Concurrerende uitkomsten. Reflecties over de relatie tussen stelselwijziging van de gezondheidszorg en volksgezondheid. B en M Beleid en Maatschappij, 31, 2004, no. 31, p. 232-241.

Mackenbach, J. Hervorming publieke gezondheid nodig. Medisch Contact, 60, 2005, no. 14, p. 568-571.

Oliver, J.E. Public opinion and the politics of obesity in America.  
Journal of Health Politics, Policy and Law, 30, 2005, no. 5, p. 923-954.  
Plesk, P.E. & T. Greenhalgh. The challenge of complexity in health care.  
British Medical Journal, 2001, no. 323, p. 625-628.

Plesk, P.E. & T. Wilson. Complexity, leadership, and management in  
healthcare organisations.  
British Medical Journal, 2001, no. 323, p. 746-749.

Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Kennisinfrastructuur Public  
Health: kennisverwerving en kennistoepassing.  
Den Haag: RGO, 2003.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Zorg voor gezondheid:  
Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006.  
Bilthoven: RIVM, 2006.

[www.social-marketing.org](http://www.social-marketing.org)

[www.racingformaastricht.nl](http://www.racingformaastricht.nl)

Alle relevante literatuur voor de casussen staan in de betreffende  
achtergrondstudies vermeld.



## Bijlage 8

### Lijst van afkortingen

aids	acquired immuno deficiency syndrome
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BMI	body mass index
BMJ	British Medical Journal
CAFE	Clear Air For Europe
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Diseases
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DALY's	disability adjusted life years
DBC	Diagnose behandel combinatie
DM	dermatomyositis
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EU	Europese Unie
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GR	Gezondheidsraad
GVO	GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding
ICT	Informatie communicatie technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
jgz	jeugdgezondheidszorg
KNO	Keel-, neus- en oorheelkunde
MKB	Midden- en Kleinbedrijf
MNP	Milieu en Natuurplanbureau
N.V.	Naamloze Vennootschap
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OLVG	Onze Lieve Vrouwen Gasthuis
OV	Openbaar vervoer
PG	Publieke gezondheid
PHF	Public Health Forum
RCT	Randomized Controlled Trail
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVVZ	Reserves Voormalige Vrijwillige Ziekenfonds-verzekeringen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCV	Stichting Consument en Veiligheid

SES	sociaal economische status
SZW	(ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TIA	Transient Ischaemic Attack
TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
UK	United Kingdom
VROM	(ministerie van) Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordering en Milieubeheer
VS	Verenigde Staten
VTV	volksgezondheidstoekomstverkenningen
Vumc	Vrije Universiteit medisch centrum
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WHO	World Health Organization
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

## Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)). Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11). De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

### Adviezen en achtergrondstudies

06/11	Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Publieke gezondheid)	€ 15,00
06/10	Publieke gezondheid	€ 15,00
06/09	Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)	€ 15,00
06/08	Arbeidsmarkt en zorgvraag	€ 15,00
06/07	Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)	€ 15,00
06/06	Zinnige en duurzame zorg	€ 15,00
06/04	Stategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€ 15,00
06/03	Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)	€ 15,00
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector	€ 15,00
06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	gratis
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief	€ 15,00
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/13	Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)	€ 15,00
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€ 15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€ 15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€ 15,00
05/04	Van weten naar doen	€ 15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier	gratis

05/02	De Wmo in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies Wmo)	€ 15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning	gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)	gratis
04/08	Gepaste zorg	€ 15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)	gratis
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00

02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€ 13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€ 11,34
01/04E	Healthy without care	€ 9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€ 19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€ 13,61
00/03	De rollen verdeeld	€ 13,61

### Bijzondere publicaties

06/05	De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ	gratis
06/01E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System	gratis
05/13E	Informal care: The contribution of carers and volunteers to long-term care	gratis

05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)		gratis
05/10	Uw stem in de Wmo (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))		gratis
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg	€	15,00
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)		gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)		gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004		gratis
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe		gratis
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81

### Signalementen met achtergrondstudies

Sig 05/04	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).	€	15,00
Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€	15,00
Sig 05/02E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System		gratis
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement	€	15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€	15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00

## Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Drang en informele dwang in de zorg (2003)	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2005	gratis
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)	gratis
Mantelzorg... onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht, 26 februari 2004	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw (2004)	gratis
Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen (2005)	gratis

## Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

*De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.*

VG 05/04	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/03	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/02	Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/01	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking	gratis

## Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002-2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis

