

# **Preventie van welvaarts- ziekten**

**effectief en efficiënt georganiseerd**

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
Tel 070 3405060  
Fax 070 3407575  
E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

Colofon  
Ontwerp: Koninklijke Broese & Peereboom  
Fotografie: Eveline Renaud  
Druk: Koninklijke Broese & Peereboom  
Uitgave: 2011  
ISBN: 978-90-5732-236-5

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of per mail bij de RVZ ([mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)) onder vermelding van publicatienummer 11/08.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

## Kern van het advies

De organisatie van preventie van welvaartsziekten staat in geen verhouding tot de ziektelast. Meer effectiviteit en efficiency in de organisatie van preventie van welvaartsziekten begint met versterking van het eigenaarschap bij de landelijke en de lokale overheid en bij zorgverzekeraars.

### *Welk probleem lost dit advies op?*

Landelijk en lokaal zal preventie van welvaartsziekten steviger worden aangepakt. Het aandeel van ongezonde leefstijl in de ziektelast van kanker, diabetes en hart- en vaatziekten (31% voor mannen, 23% voor vrouwen, vooral bij laag opgeleiden) zal daardoor afnemen. Mensen leven langer in gezondheid.

### *Wat zijn de gevolgen voor de burger?*

De burger zal merken dat zijn gemeentebestuur en zijn zorgverzekeraar samen actiever worden op het gebied van leefstijl in zijn buurt, wijk of woonkern. Dit geeft hem steun en kansen in zijn verantwoordelijkheid voor en streven naar gezondheid voor zichzelf, zijn gezin en zijn omgeving.

### *Wat zijn de gevolgen voor de gemeente?*

De gemeente zal indringender met zijn neus op de feiten over ongezondheid binnen zijn grenzen worden gedrukt. Dit zal hem dwingen om meer over het beleid na te denken en om meer actie te ondernemen, vanuit alle onderdelen van de gemeentelijke organisatie en samen met de zorgverzekeraar. Voor goede plannen is geld beschikbaar.

### *Wat zijn de gevolgen voor de zorgverzekeraar?*

De zorgverzekeraars krijgen elkaar en de gemeente als actieve partner voor gezondheidsbeleid. Een deel van hun budget komt beschikbaar voor gezamenlijke actieplannen, onder voorwaarden van financieel en gezondheidsrendement.

### *Wat kost het?*

Dat hangt af van hoe je er naar kijkt. Maatschappelijk kunnen de baten groot zijn, zonder dat dat tot uiting komt in de zorguitgaven. Maximaal 1% van het zorgbudget (€350 miljoen) wordt besteed vanuit preventieve optiek in plaats van zorgoptiek; voorwaarde is dat er duidelijke plannen liggen, dat ook de gemeente bijdraagt en dat werk van de eerstelijnszorg wordt overgenomen. Het netto-effect op de zorguitgaven is nu niet precies aan te geven; het levert in ieder geval gezondheidswinst op.

### *Wat is nieuw?*

Publieke gezondheid en curatieve zorg worden niet langer als aparte domeinen gezien. Gemeente en zorgverzekeraars zullen samen gezondheidsplannen op wijk/buurniveau gaan maken en uitvoeren, ook op locaties die nog niet eerder waren ontdekt. Daarvoor komt, onder voorwaarden, 1% van het budget voor curatieve zorg beschikbaar. De Minister spoort met woord, namelijk duidelijke taal over ongezonde leefstijl, en daad, namelijk een consistente en ruimhartige

gezondheidsbescherming. Er wordt ondubbelzinnig gehandhaafd en het schoolplein is rookvrij

## Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Preventie van welvaartsziekten	11
2 Analyse van het huidige preventiebeleid	14
3 Verkenning van oplossingsrichtingen	38
4 Aanbevelingen	47
Bijlagen behorende bij hoofdstuk 2:	
1 Vraag over vermijdbare ziekte last van niet-overdraagbare (welvaarts)ziekten	54
2 Successen van preventie	57
3 Beschrijving van huidig preventiebeleid	58
Bijlagen behorende bij het advies:	
4 Adviesaanvraag	63
5 Adviesvoorbereiding	64



### **Samenvatting**

Welvaartsziekten, dus gezondheidsschade door leefgewoonten die samenhangen met de moderne welvaart, komen er in het preventiebeleid bekaaid vanaf, in vergelijking met infectieziekten en ongevallen. Dit is niet in verhouding met de omvangrijke ziektelast die ze veroorzaken. Betere leefgewoonten zouden niet alleen de levensverwachting, maar ook het aantal gezonde jaren en het aantal jaren zonder beperking of chronische aandoeningen kunnen vergroten. Nu zien we dat de levensverwachting (veel) sterker stijgt dan het aantal jaren zonder beperking of chronische ziekte. Preventie heeft in dit perspectief van stijgende zorgvraag dus ook grote maatschappelijke voordelen, in termen van productiviteit en participatie, betaald en onbetaald. Preventie is een van de oplossingen voor de stijgende zorguitgaven en de knelpunten op de arbeidsmarkt die nu snel op ons afkomen.

Er zijn veel uitdagingen voor preventie. Zo is er de ongunstige score in Nederland ten opzichte van andere landen op het gebied van roken, vooral door vrouwen. Maar waar de score relatief gunstig is, is er nog geen reden voor voldoening. Obesitas is zo'n punt: we doen het niet slecht, maar meer dan 10% van de bevolking met ernstig overgewicht blijft zorgelijk. De ziektebeelden die er uitspringen zijn longkanker, COPD en diabetes. Ook depressie houdt verband met de moderne leefomgeving. En dan is er nog het verband tussen gezondheid en opleiding. Voor vrouwen met alleen basisonderwijs is het verschil in gezondheid met vrouwen met HBO/WO-opleiding groot; ze hebben 15 jaar minder levensverwachting zonder beperkingen en 20 jaar minder als gezond ervaren jaren.

De laatste jaren is het arsenaal voor preventie gegroeid, vooral voor selectieve preventie. Ook zijn er op het niveau van stadswijken goede initiatieven met veelbelovende resultaten gekomen. Dergelijke initiatieven zijn echter kwetsbaar en incidenteel, want structurele financiering ontbreekt. Dit in schril contrast met de zorg, die de komende jaren opnieuw fors groeit. De grote toegankelijkheid van de curatieve zorg blijkt in de praktijk geen stimulans, maar eerder een rem voor preventie. Ook de wil en vastberadenheid bij de landelijke overheid lijkt niet sterk; politiek-ideologische motieven en de keuzevrijheid van het individu wegen soms zwaarder dan de ongezondheid zelf. De publieke gezondheid is (mede als re-

sultaat van deze omstandigheden) zwak ontwikkeld als het om welvaartsziekten gaat.

De oplossingsrichtingen komen helder uit deze analyse naar voren.

Allereerst moet de scheve verhouding tussen preventie en curatie rechter worden getrokken. Preventie moet vaker de logische eerste stap worden. Gezond blijven in plaats van herstel van ziekte; van zz naar gg. Dat kan alleen als de financiële prikkels worden omgezet. In aanvulling op eerdere pleidooien van de RVZ voor het veranderen van prikkels voor zorgaanbieders, namelijk sturen op gezondheidsdoelen in plaats van behandel- en productiedoelen, is het ook noodzakelijk dat de verzekeraar een explicieter belang krijgt bij gezondheid. Dit is te doen via de ex ante risicoverevening; maar dit systeem is dusdanig ondoorzichtig dat eerst nader onderzoek nodig is naar de eigenlijke werking ervan. De Raad vindt wel dat aanpassing van deze verevening niet mag leiden tot minder toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg, maar gericht moet zijn op versterken van de aandacht voor preventie.

Dit onderzoek mag niet leiden tot uitstel. Een preventiefonds kan al op korte termijn worden gerealiseerd. Daarmee kan het lokale gezondheidsbeleid, zoals door de Minister in de Landelijke nota gezondheidsbeleid uitgezet, aan kracht winnen. Dit fonds houdt in dat een deel van de premiemiddelen (1%, € 350 miljoen) apart wordt gezet voor preventie; het beheer komt bij gemeenten en zorgverzekeraars, die daarvoor een convenant sluiten. Gemeenten en verzekeraars kunnen een aanvraag doen voor financiering van gemeenschappelijk gezondheidsbeleid dat voldoet aan duidelijke eisen. De epidemiologische analyse moet zijn uitgevoerd op wijk-/buurniveau (4-cijferige postcode). De aanpak moet berusten op bewezen effectieve interventies door een professionele organisatie. De gemeente draagt ook financieel bij en er wordt expliciet gestreefd naar ontlasting (substitutie) van de eerste lijns zorg.

Onlangs is aan de Wet Publieke Gezondheid uitgebreid met de bepaling dat gemeenten in hun vierjaarlijkse gezondheidsnota's moeten aangeven hoe ze de landelijke prioriteiten zullen uitvoeren. De Raad vindt dat de wet bovendien moet voorschrijven dat gedetailleerd epidemiologisch onderzoek moet worden uitgevoerd. Dit betekent feitelijk dat bestaande databestanden van gemeente en verzekeraar efficiënter wor-



den gekoppeld. Voorts kan worden overwogen om in de WPG bepalingen op te nemen die sturing geven aan gemeenten voor dit gemeenschappelijke beleid.

Een dergelijke aanpak, die uiteindelijk ook gericht is op de eigen verantwoordelijkheid van de burger zelf, maakt alleen kans van slagen als de minister zorg draagt voor toereikend complementair beleid. Voorlichting op scholen over roken, alcohol en gezonde voeding, zal veel effectiever en efficiënter zijn als de voorlichter kan wijzen op duidelijke landelijke regelgeving. Voorlichting over roken is lastiger als de leerlingen uitzicht hebben op een schoolplein waar wordt gerookt. In feite is in dit geval trouwens sprake van gezondheidsbescherming; kinderen kunnen immers in het algemeen de keuze roken/niet-roken nog niet goed overzien en zijn makkelijk beïnvloedbaar. Ook vermindering van zout in het voedsel en van andere additieven zijn eigenlijke gezondheidsbescherming en niet bevordering van gezond gedrag. Beperking van keuzevrijheid is dan niet de juiste typering, omdat ook de meest rationele consument de verborgen verleiding en bedreiging, met gezondheidsschade of verslaving als mogelijk gevolg, niet opmerkt.

Ten slotte kan het kabinet een bijdrage leveren met logische fiscale regels. De accijns op tabak is vanuit gezondheidsoptiek nooit te hoog; ook die op alcohol zou hoger kunnen zijn. De heffing op voedsel is te laag, gezien de overvloedige consumptie en de toename van onder meer diabetes en artrose. Het lijkt vanuit macro-perspectief logisch om voedsel zwaarder te belasten en arbeid minder. Dat scheelt ziekte en levert banen op. De Raad vraagt het kabinet om te onderzoeken hoe een vettax of een hoger BTW-tarief zouden kunnen worden gerealiseerd.



## 1 Preventie van welvaartsziekten

Dit advies gaat over de vraag van de minister van VWS of, en hoe preventie van ongezondheid beter kan worden georganiseerd. 'Beter' wil zeggen dat meer gezondheidswinst wordt behaald, liefst tegen lagere kosten.

Preventie van ongezondheid is lange tijd een zaak geweest van bescherming tegen infectieziekten en ongevallen. Daar zijn indrukwekkende successen mee behaald. Sinds enige decennia staat ook preventie van schade door ongezonde leefgewoonten op de agenda. We noemen dit welvaartsziekten; een term die duidelijk maakt dat de schade ontstaat door leefgewoonten die nauw samenhangen met de moderne welvaart (bijvoorbeeld roken, excessief alcoholgebruik, te veel eten, gebrek aan lichaamsbeweging e.d.). Een kwart van de ziektelast van welvaartsziekten is toe te schrijven aan die risicofactoren<sup>1</sup>. Ook depressie, met een sterk stijgende ziektelast en zorgvraag, houdt verband met de eisen die de moderne samenleving en welvaart aan het individu stellen<sup>2</sup>.

Preventie van welvaartsziekten blijkt een lastige opdracht, die veel inzet en inventiviteit vereist. De maatschappelijke waardering van welvaart is immers hoog. Veel mensen zien liever de kansen voor ontplooiing en behoeftebevrediging dan de risico's voor fysieke en mentale gezondheid; temeer daar ongezonde gevolgen vaak pas decennia later optreden. Anders dan bij infectieziekten en letsel door een ongeval, waar niemand voor kiest, is er in de samenleving weinig steun voor ingrijpende beperkingen van de vrije leefstijlkeuze. Dat raakt onze cultuur en ordeningsprincipes. "Eenvoudig het roken verbieden" is kennelijk van een andere orde dan de verplichte autogordel. In het Nederlandse gezondheidsbeleid ligt veelal de nadruk op eigen verantwoordelijkheid.

10 jaar geleden<sup>3</sup> lanceerde de RVZ daarom de slogan *'stimuleer gezond gedrag door de gezonde keuze gemakkelijker te maken'*. Dit werd onder andere vertaald in aanbevelingen over goede, betrouwbare informatie over gezondheid en gedrag, gebruik van

---

<sup>1</sup> Grove schatting RIVM: 31% van de ziektelast bij mannen, 23% van de ziektelast bij vrouwen.. (zie bijlage 1)

<sup>2</sup> Preventie van depressie (achtergrondstudie K. Jongma )

<sup>3</sup> Gezondheid en gedrag (RVZ, 2002)

eigentijdse communicatiemiddelen en intersectorale samenwerking op lokaal niveau tussen bijvoorbeeld gemeente, onderwijs, welzijn en zorg. Zorgverzekeraars zouden moeten investeren in gezond gedrag van hun verzekerden. De gezonde keuze werd niet alleen als een zaak voor de burger gezien, maar ook voor die lokale partijen. Overgewicht heeft na dit advies veel aandacht gekregen en de trend lijkt minder ongunstig. Nederlanders zijn ook wat minder gaan roken. Dat is positief, want meer mensen kunnen zo langer gezond blijven.

Toch heeft dit beleid de afgelopen 10 jaar niet een echte omslag opgeleverd, terwijl de urgentie van preventie wel is toegenomen. De komende jaren krimpt het aanbod op de arbeidsmarkt en zullen de vraag naar zorg en de zorguitgaven toenemen. We kunnen ons niet de luxe van veel vermijdbare ongezondheid veroorloven. Dat zou nog meer vraag naar zorg en een nog krappere arbeidsmarkt betekenen. Deze adviesaanvraag raakt daarom ook de houdbaarheid van het zorgstelsel. Er zijn voldoende aanwijzingen dat via de route van gezond gedrag nog veel meer gezondheidswinst kan worden gerealiseerd. Eten, te veel alcohol drinken, te weinig bewegen en roken zijn veel voorkomende risicofactoren<sup>4</sup>; mede daardoor scoort Nederland in internationale vergelijkingen soms laag<sup>5</sup>. Het feit dat ongezondheid beduidend vaker voorkomt onder lager opgeleiden wijst aan waar potentie voor gezondheidswinst ligt.

In het Nederlandse stelsel van gezondheid en zorg<sup>6</sup> zijn nog lang niet alle mogelijkheden benut om de mensen te stimuleren tot gezond gedrag. De ontwikkeling naar een zorgstelsel met gereguleerde marktwerking is tot nu toe niet bevorderlijk voor preventie geweest; preventie gedijt door zijn, veelal externe, baten nu eenmaal niet gemakkelijk in een concurrerende omgeving<sup>7</sup>. Dat werkt helaas door in de lokale organisatie van de volksgezondheid, die sterk is als het gaat om infectieziekten en milieu, maar veel zwakker op het gebied van welvaartsziekten. De prikkels in de zorg gaan in een heel andere richting dan gezondheid<sup>8</sup>; de afbakening van domeinen staat samenwerking in de weg en leidt tot afwenteling in plaats van voorkómen van

---

<sup>4</sup> VTV 2010, Kernrapport p. 27 e.v.

<sup>5</sup> OECD StatExtracts Health (Health Status en Non-medical determinants)

<sup>6</sup> Zoals geregeld in WPG, WMO, Zvw en AWBZ

<sup>7</sup> Welvaartsziekten: andere ziekten, andere aanpak (achtergrondstudie A. Rijkschroeff)

<sup>8</sup> Sturen op gezondheidsdoelen (RVZ 2011)

kosten. Zonder veel overdrijving kan de verzekerde curatieve zorg voor de zorgconsument als zeer toegankelijk worden getypeerd en is bijgevolg de effectieve vraag schier oneindig; de levering van zorg en de investering in capaciteit is (althans was tot voor kort) zonder grote financiële risico's. In die verhouding preventie/zorg kiest de drukbezette burger, de burger met een geringe tijdsvoorkeur, de burger met een chronische aandoening, de burger met een geringe kennis van gezondheid, zorg en preventie, de burger onder druk van ongunstige gezins-, financiële en/of woonomstandigheden eerder voor het makkelijke alternatief, namelijk behandeling en zorg als daadwerkelijk ongezondheid optreedt. Hij heeft immers al genoeg aan zijn hoofd. Dit geldt al helemaal voor de puber, wiens brein nog in ontwikkeling is.

Ook voor de zorgprofessional en voor de overheid blijkt zorg nog de aantrekkelijke optie. Zorgprofessionals worden beter betaald voor reparatie van ontstane schade dan voor het voorkomen van nieuwe schade. Voor de overheid is het lastig om prioriteit aan preventie te geven, bijvoorbeeld omdat hiervoor de medewerking nodig is van andere sectoren en het bedrijfsleven, waarvan de belangen anders liggen.

Er is dus reden genoeg om de preventie van welvaartsziekten nogmaals op de agenda te zetten. De kern van dit advies betreft de vraag onder welke voorwaarden centrale én decentrale partijen (lokale overheid, zorg) meer kunnen bijdragen aan versnelling van de ontwikkeling naar gezonde leefstijl. De aanbevelingen van dit advies worden uitgewerkt in hoofdstuk 4. Ze zijn als volgt te rubriceren:

Drie pijlers  
voor het  
advies

- 1 Versterk het eigenaarschap van gezondheid bij verzekeraars.
- 2 Versterk het gezondheidsbeleid van gemeenten.
- 3 Versterk het rijksbeleid voor preventie van welvaartsziekten.

In hoofdstuk 2 en 3 wordt de onderbouwing gegeven in de vorm van een analyse van het huidige preventiebeleid en een verkenning en wegging van de denkbare oplossingsrichtingen.

## 2 Analyse van het huidige preventiebeleid

*Algemeen beeld: we willen - en krijgen - bescherming, maar preventie van welvaartsziekten blijft achter*

Op een aantal fronten is preventie effectief en efficiënt georganiseerd en daarmee wordt veel ziekte en sterfte voorkomen (zie bijlage 2). Dit zijn de bestrijding van infectieziekten, de bescherming tegen ongevallen en vergiftigingen en het tijdig opsporen en voorkomen van ernstige aandoeningen door screening en vaccinatie. Van de € 13 miljard die volgens het RIVM jaarlijks aan preventie wordt besteed, gaat het overgrote deel naar die bestemmingen<sup>9</sup>. We hebben kennelijk veel over voor bescherming tegen wat van buiten op ons af komt; tegen risico's waar de individuele burger niets tegen kan ondernemen en waar hij uitdrukkelijk niet voor kiest.

Uit de aard van deze bedreigingen vloeit voort dat het effectief en efficiënt is om bescherming collectief te organiseren. Wanneer bedreigingen van buitenaf worden gedetecteerd, wordt onmiddellijke actie van de overheid gevraagd. Deze reflex is vooral sterk bij infectieziekten (EHEC, ziekenhuisbesmetting, Mexicaanse griep) en bij acute milieudreigingen (zoals grote branden in chemische installaties). Ook onveilige producten worden niet geaccepteerd. Het beleid, de wetgeving en het toezicht op deze gebieden zijn streng en helder. In de recente Landelijke nota gezondheidsbeleid wordt gezondheidsbescherming als eerste prioriteit genoemd. In de nota wordt dit uitgewerkt voor de onderwerpen crisisbeheersing, infectieziektenbestrijding, vaccinatiebeleid, antimicrobiële resistentie, product- en voedselveiligheid, acuut onveilige drugs, veilig werken in de zorg, veilige genees- en hulpmiddelen en bloedvoorziening.

Vergeleken hiermee wordt bevordering van leefstijl minder sterk aangezet. Er zijn geen grote budgetten voor primaire preventie en de wetgeving voor gezondheidsbevordering is summier. Ten opzichte van de uitgaven aan curatie zijn de uitgaven aan preventie van welvaartsziekten als hart- en vaatziekten en kanker zeer beperkt. In de Landelijke nota wordt de gezondheidsbevordering niet aangemerkt als nationale, maar als lokale prioriteit.

---

<sup>9</sup> Zie bijlage 3

Preventie van welvaartsziekten lijkt dus achter te blijven.

Hoe kan deze beperkte aandacht voor preventie van welvaartsziekten, vergeleken met infectieziekten, worden verklaard? Hier wordt een aantal mogelijke oorzaken onderzocht:

1. Zijn de gevolgen van een ongezonde leefstijl en welvaartsziekten beperkt, c.q. nemen deze snel af of dienen zich beloftevolle remedies aan (zoals een vaccin tegen longkanker)?
2. Is bestrijding van welvaartsziekten hetzelfde als vechten tegen de bierkaai? Zijn er onvoldoende kosteneffectieve leefstijlinterventies beschikbaar?
3. Is sprake van bestuurlijke traagheid?
4. Weerhoudt het primaat voor eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid de overheid van stevig ingrijpen?
5. Speelt het specifieke karakter van preventie, met veel externe baten en een groot tijdsverloop tussen investering en opbrengst een rol?
6. Zijn er aantrekkelijke alternatieven voor preventie, namelijk een toegankelijke gezondheidszorg?
7. Ligt het aan de manier waarop de publieke gezondheid op nationaal en lokaal niveau is georganiseerd?

#### *Ad 1) Gevolgen van ongezonde leefstijl en welvaartsziekten*

De omvang van de vermijdbare schade van welvaartsziekten bepaalt mede de urgentie van preventie. Bekende risicofactoren van somatische welvaartsziekten zijn roken, overgewicht, obesitas, overmatig alcoholgebruik, een ongunstig voedingspatroon (te veel ongezond vet en zout; te weinig vis, groente, fruit en vezels) en te weinig lichaamsbeweging. We krijgen daarvan een hoge bloeddruk en een hoog cholesterolgehalte, waardoor de kans op hart- en vaatziekten stijgt. Ook longkanker, diabetes, COPD en artrose van heup en knie hangen samen met deze risicofactoren. In deze paragraaf wordt - niet uitputtend - ingegaan op de gevolgen voor het individu en de maatschappij, mede aan de hand van twee grote risicofactoren (roken, obesitas).

#### *Individuele gevolgen van ongezonde leefstijl*

Een ongezonde leefstijl is een van de eerste schakels in een keten die uiteindelijk leidt tot ziekte. Tabel 1 geeft aan hoe groot de kans is op een chronische of zelfs dodelijke ziekte voor mensen die behoren tot de risicogroepen rokers en mensen met obesitas.

Uit deze cijfers springt de hoge prevalentie van COPD en longkanker bij rokers in het oog. Longkanker is de dodelijkste kanker en heeft een hoge individuele ziektelast (een weging van 0,54 op een schaal van 0 tot 1<sup>10</sup>). COPD is een chronische aandoening waardoor de longen steeds verder verslechteren en de vitaliteit achteruit gaat (wegingsfactor 0,31). Rokers verliezen gemiddeld 4,1 levensjaren en 4,6 gezonde levensjaren.

**Tabel 1.1 Levensduur en ziekteprevalentie bij rokers, mensen met obesitas en mensen met gezonde leefstijl**

	Rokers	Mensen met obesitas	Mensen met gezonde leefstijl
Levensduur	78,2	80,4	83,7
Lifetime prevalentie (%) van			
Diabetes	22	62	25
Hartinfarct	16	15	12
Hartfalen	23	30	25
Beroerte	25	22	23
COPD	32	5	5
Heupartrose	12	20	16
Knieartrose	16	31	21
Longkanker	14	1	1

Bron: VTV2010, deelrapport Gezondheid en determinanten.

Mensen met obesitas hebben vooral meer kans op diabetes, hartziekten en artrose. Ook dit zijn aandoeningen met een substantiële ziektelast (in de range 0,15 tot 0,3) en verlies van vitaliteit en mobiliteit. Mensen met obesitas verliezen gemiddeld 3,0 levensjaren en 5,1 gezonde levensjaren.

COPD, artrose en diabetes zijn chronische aandoeningen die ook tot beperkingen leiden. Dit betekent minder inkomen en minder betaald of onbetaald werk (tabel 1.2)

<sup>10</sup> Een score van 0,5 betekent dat mensen een jaar met ziekte zouden willen ruilen voor 0,5 jaar zonder ziekte. Influenza scoort 0,01; dementie en Parkinson circa 0,7



**Tabel 1.2**

	Mensen met een chronische ziekte of beperking	Nederlandse bevolking
Inkomen (€/maand)	1276	1950
Betaalde baan	37%	66%
Vrijwilligerswerk	22%	44%
Mantelzorger	18%	28%

Bron: VTV, 2010.

Verlies van werk en inkomen gaat vaak gepaard met (verder) verlies van gezondheid, zingeving en maatschappelijke en persoonlijke status.

*gevolgen op populatieniveau van ongezonde leefstijl*  
- risicofactoren

De risicofactoren voor somatische welvaartsziekten veroorzaken 27% van de totale ziektelast. Alleen al de aandoeningen die in bovenstaande tabel het meest in verband staan met roken en obesitas, namelijk longkanker, COPD en diabetes veroorzaakten in 2007 20% van de totale somatische<sup>11</sup> ziektelast en sterfte (gemeten in verlies van DALY's) in ons land. Dit betrof 470.000 DALY's op een totaal van 2,3 miljoen DALY's als gevolg van de somatische aandoeningen waarover in de VTV wordt gerapporteerd.

Hoe is nu de trend in deze risicofactoren roken en obesitas? Het RIVM rapporteert hierover "niet ongunstig". Het percentage rokers daalt gestaag, van 60% (1958) via 40% (1983) en 32% (2000) naar 28% in 2008. Maar dit is nog steeds een hoog percentage vergeleken met de meeste OESO-landen.

---

<sup>11</sup> Dus exclusief psychische aandoeningen

**Tabel 1.3 Aantal rokers in Nederland en een aantal andere OESO-lidstaten, in 2000 en 2009, gerangschikt naar rokers in 2000**

% van bevolking 15+	2000	2009	mutatie
Sweden	18,9	14,3	-4,7
United States	19,3	16,2	-3,1
Iceland	22,9	15,8	-7,1
Finland	23,8	19,0	-4,9
Italy	24,7	23,5	-1,2
Israel	24,7	20,5	-4,2
United Kingdom	27,0	21,5	-5,5
Denmark	30,5	19,5	-11,0
Hungary	30,6	26,5	-4,2
Norway	31,5	20,5	-11,0
Netherlands	32,0	28,0	-4,0
Japan	33,6	25,4	-8,2

Bron: OECD StatExtracts; landen geselecteerd op beschikbaarheid data.

Opmerkelijk is dat de daling van het aantal rokers sinds 2000 in Nederland veel geringer is dan bijvoorbeeld in de Scandinavische landen. Van de zes landen met meer dan 25% rokers in 2000 was de daling in ons land het geringst; ons land scoort daardoor nu het hoogste aantal rokers van deze groep landen.

Het aantal mensen met obesitas vertoont een stijgende trend (thans 11%). Internationaal slaat Nederland met dit cijfer trouwens geen slecht figuur. Maar de prevalentie van diabetes is sterk opgelopen, met 73% voor mannen en met 39% voor vrouwen (1998-2007). Ook artrose komt steeds vaker voor.

Behalve deze somatische aandoeningen is ook depressie, behorend tot de grootste en snelst groeiende ziekten een welvaartsziekte. Dit hangt samen met de eisen van de moderne, dynamische leefomgeving op het gebied van communicatieve vaardigheden, zelfmanagement, assertiviteit<sup>12</sup>. De risico's zijn bijvoor-

<sup>12</sup> achtergrondstudie Preventie van depressie (K.Jongsma)

beeld aanwezig in beroepen waarin veel contact is met het publiek (politie, hulpdiensten, openbaar vervoer). In 2007 hadden ruim 350.000 mensen last van depressie. Dit betekende haast een verdubbeling ten opzichte van 1997. Ook depressie heeft een hoge wegingsfactor voor ziektelast, namelijk 0,42.

- sociaaleconomische verschillen

In 2008 publiceerde het CBS schokkende cijfers over de gezondheid van Nederlanders naar opleidingsniveau; de zogenaamde sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV). Een actualisering van die cijfers uit 2010 wijst uit dat de verschillen over de hele linie, maar vooral bij vrouwen, nog groter zijn geworden. Op basis van die cijfers is nog niet een direct verband te leggen met de onderliggende oorzaken, zoals verschillen in leefstijl. Dit verband is echter plausibel; bekend is dat ongezonde leefstijl vaker voorkomt onder mensen met een lage opleiding.

Tabel 1.4 bevat de verschillen in de levensverwachting van mensen met uitsluitend basisonderwijs, met een VMBO opleiding respectievelijk met een opleiding op het niveau Havo, VWO of MBO als hoogst genoten opleiding, ten opzichte van mensen met HBO- of WO-opleiding. Het beeld is breed, omdat niet alleen de levensverwachting wordt weergegeven, maar ook de als gezond ervaren levensjaren, de levensjaren zonder beperkingen en de levensjaren zonder chronische ziekte en ten slotte de levensverwachting in als goed ervaren geestelijke gezondheid.

**Tabel 1.4 Socioeconomische gezondheidsverschillen in Nederland (2005/2008): verschillen in levensverwachting in jaren ten opzichte van HBO/WO-opgeleiden**

Mannen	basisonderwijs	Vmbo	havo/vwo/mbo
Levensverwachting	-7,3	-4,9	-2,9
Lv in als goed ervaren gezondheid	-19,2	-12,2	-7,2
Lv zonder beperkingen	-14,3	-9,2	-5
Lv zonder chron.ziekte	-9,4	-6,4	-5,5
Lv in goede geestelijke gezondheid	-12,2	-7,5	-3,7
<b>Vrouwen</b>			
Levensverwachting	-6,4	-2,7	-0,4
Lv in als goed ervaren gezondheid	-20,6	-11,9	-5,9
Lv zonder beperkingen	-15,3	-7,2	-2,9
Lv zonder chron.ziekte	-8,8	-7,4	-3,4
Lv in goede geestelijke gezondheid	-13,9	-7,5	-2,6

Bron: CBS, juni 2010.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71885NED&D1=a&D2=a&D3=0&D4=a&D5=a&D6=a&HD=111206-1424&HDR=T.G3&STB=G1.G2.G4.G5>

De totale levensverwachting is echter sterker gestegen bij de hoogst opgeleide groep. Dit geldt ook voor de andere genoemde indicatoren, zowel voor mannen als voor vrouwen. Bij vrouwen met alleen basisonderwijs (een kleine groep) of VMBO zijn die andere indicatoren zelfs afgenomen. De stijgende levensverwachting staat dus voor meer jaren waarin zorg wordt gevraagd, en niet voor meer jaren waarin gezond kan worden geparticipeerd. Het sterkst is dit te zien bij vrouwen met alleen basisonderwijs (Tabel 1.5).

**Tabel 1.5 Levensverwachting van vrouwen met opleidingsniveau basisonderwijs; jaren; meting 1997-2001 en 2005-2008**

	1997-2001	2005-2008	Mutatie
Levensverwachting	78,2	78,9	0,7
gezonde lv	52,9	52,2	-0,7
lv zonder beperkingen	60,8	60,1	-0,7
lv zonder chron.ziekte	40	37,6	-2,4

Bron: CBS, 2010.

Deze bevindingen zijn relevant voor dit advies. Ten eerste is de effectiviteit en efficiency van het beleid gerelateerd aan de sociaaleconomische kenmerken van de doelgroep. In de tweede plaats benadrukt dit de urgentie van preventie omdat het beroep op de solidariteit groter is naarmate de groep met de meeste gezondheidsproblemen vanwege beperkte participatie en inkomen, minder in staat is om zelf oplossingen te vinden en te betalen. Tegelijk is deze groep wel heel belangrijk voor de arbeidsmarkt, met name de zorg.

Samenvattend: de kwalificatie van het RIVM dat risicofactoren zich per saldo niet ongunstig ontwikkelen is deels correct. De grootste risicofactor, roken, vertoont inderdaad een dalende trend. De trend in roken is echter ongunstig als de vergelijking met andere landen wordt gemaakt. Ons land verkeert ver in de achterhoede en de komende jaren zal de vermijdbare incidentie van longkanker en COPD dus relatief hoog zijn. Andere risicofactoren zijn stabiel (overgewicht) of stijgen (obesitas, depressie). Deze ongezondheid zal vooral de levensverwachting van laag opgeleide mensen treffen en daarmee een extra b-

roep op de solidariteit doen. Er is vanuit volksgezondheidsperspectief, maar ook met het oog op de beroepsbevolking, dus nog veel werk aan de winkel voor preventie. Voorkomen van ziekte is een grote winst voor de betrokkenen en hun omgeving, maar betekent ook dat het arbeidsaanbod toeneemt en de vraag naar zorg afneemt.

*Ad 2) Beschikbaarheid van leefstijlinterventies?*

Gedurende de afgelopen jaren is veel veranderd in de beschikbaarheid van goede leefstijlinterventies. Terwijl vorige VTV's stelselmatig moesten melden dat nog te weinig bekend was over de (kosten)effectiviteit van deze interventies, is de toon in de laatste VTV optimistischer<sup>14</sup>. Op de onderscheiden speerpunten van het preventiebeleid is het volgende beschikbaar:

- Roken

*Door de vele strenge maatregelen zijn er in New York amper nog rokers. Slechts een op de zeven inwoners (14 procent) rookt nog, een nieuw record. Onder de jongeren tot 18 jaar rookt zelfs nog maar 7 procent.  
Elseviers, 16 september 2011*

Zowel voor collectieve preventie in de omgeving, als voor individuele preventie zijn bewezen (kosten-)effectieve interventies beschikbaar: rookverboden (zoals op de werkvloer), reclameverboden, accijnzen, individuele stoppen met rokenprogramma's (SMR<sup>15</sup>). Voor een deel gaat het hierbij om maatregelen die op landelijk niveau moeten worden genomen, terwijl voor een ander deel lokale overheden en gezondheidszorginstellingen aan zet zijn.

- Alcoholgebruik

De hoogste kosteneffectiviteit hebben accijnzen en kortdurende interventies door de huisarts. Ook verkoopbeperking en de handhaving daarvan, het programma "De gezonde school en genotmiddelen", combinatie van leerling- en ouderinterventies en mogelijk ook vroegopsporing door de huisarts zijn effectief. Ook hier ligt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering dus bij verschillende partijen.

- Overgewicht

<sup>14</sup> VTV 2010, deelrapport 'effecten van preventie'.

<sup>15</sup> Stoppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg! (CVZ 2009).

Het beweeg- en voedingsgedrag kan waarschijnlijk worden beïnvloed met prijsmaatregelen: duurder (on gezond) voedsel en goedkopere leefstijlprogramma's, aanpassing van de fysieke en van de sociale omgeving, gezond voedselaanbod (ook op scholen). Overgewicht en obesitas kunnen worden tegengegaan met een vettax, maar ook met een integrale lokale aanpak gericht op de hele bevolking (Hartslag Limburg, Gezonde Wijk Overvecht) of op de jeugd (Epode/JOGG) en de door de huisarts toe te passen individuele Gecombineerde Leefstijlinterventie GLI.

- Depressie

Bij depressie is vaak sprake van recidive; bij mensen die eerder last hebben gehad, komt de ziekte vaak weer terug. De mensen om wie het gaat zijn relatief vaak bij de zorg bekend zodat preventie gericht kan worden aangeboden (geïndiceerde preventie). Wanneer een effectieve interventie wordt toegepast kunnen veel toekomstige ziektelast en kosten binnen en buiten de zorg worden voorkomen. Depressieve klachten worden met 15-30% gereduceerd ten gevolge van de interventies. Enkele bevindingen wijzen erop dat depressie te voorkomen is (22% minder incidentie)<sup>16</sup>.

- Selectieve preventie voor risicogroepen

Preventie gericht op risicogroepen heet selectieve preventie. Demografische kenmerken, inclusief SES, persoonsgebonden factoren (familiegeschiedenis, overgewicht), leefstijl, omgeving (sociale cohesie, fysieke inrichting) en gebeurtenissen in het leven (verlies van partner) zijn gemeenschappelijke risicofactoren voor de belangrijke chronische welvaartsziekten. Deze kenmerken zijn deels wel en deels niet beïnvloedbaar. Het RIVM heeft onlangs een overzicht van interventies voor selectieve preventie opgesteld. De oogst hiervan is een aantal bewezen effectieve interventies en een aantal interventies waarvan ook de kosteneffectiviteit is vastgesteld. Daarnaast is er een aantal veelbelovende interventies; deze zijn theoretisch goed onderbouwd, maar nog niet voldoende in de praktijk getoetst. In de tabel zijn voorbeelden opgenomen van bewezen interventies (deels met bekende kosteneffectiviteit) en interventies met een goede theoretische onderbouwing<sup>17</sup>.

**Tabel 1.6 Voorbeelden van bewezen en van theoretisch goed onderbouwde interventies**

<sup>16</sup> Depressie preventie (achtergrondstudie K. Jongsma)

<sup>17</sup> Preventie van chronische ziekten in risicogroepen (RIVM, 2011)

<i>Interventies met hoge bewijskracht en bekende kosteneffectiviteit (kosten per QALY)</i>
Stoppen-met-roken voorlichting voor scholieren (€20.000)
Bewegen en voeding bij overgewicht, inactiviteit en familiegeschiedenis diabetes <sup>2</sup> (€600 tot €6.000)
Polypil bij verhoogd cardiovasculair_risico (€ 0 - € 9.400)
Multidisciplinaire interventie kwetsbare thuiswonende ouderen (€ 3.452 bij succesvolle behandeling)
Computer counseling door huisarts bij rokers zonder stopvraag (€ 750)
<i>Effectieve interventies met hoge bewijskracht</i>
Stoppen-met-roken voor de verloskundigenpraktijk
Gezonde voeding en beweging voor basisonderwijs in achterstandswijken
WEET&BEWEEG voor kinderen en jongeren met overgewicht en/of obesitas
Krachtvoer; verbeteren van eetgewoonten voor klas 1 en 2 VMBO
<i>Theoretisch goed onderbouwde interventies</i>
Bewegen als warming up naar re-integratie van werklozen/-zoekenden
Bewegen voor allochtone ouderen (valpreventie)
Algemeen programma voor hoogrisicomoeders "Voorzorg"
Omgaan met depressie, bedoeld voor mantelzorgers met depressieve partner/cliënt
Omgaan met schizofrenie en borderline, bedoeld voor familieleden en directbetrokkenen

Samenvattend: er is ondertussen, net als voor infectieziekten en ongevallen, ook voor welvaartsziekten een serieus potentieel van bewezen (kosten)-effectieve interventies<sup>18</sup>. Ook voor selectieve preventie bestaan veel mogelijkheden. Bij de voorbeelden van intensieve samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar wordt van deze interventies gebruik gemaakt.

<sup>18</sup> Zie ook "Successen van preventie" (Mackenbach e.a. 2011; "Effecten van preventieve interventies voor lokaal gezondheidsbeleid: een overzicht op basis van de leeflijnen uit de handleidingen voor roken, alcohol, overgewicht en depressie" (RIVM, 2010); "Terugdringen van gezondheidsachterstanden door gemeentelijk beleid" (RIVM 2010).



Het is niet onwaarschijnlijk dat dit potentieel sneller tot ontwikkeling komt naarmate gemeenten en verzekeraars een steviger gezondheidsbeleid voeren.

*Ad 3) Bestuurlijke traagheid?*

Bestuurlijke traagheid is geen recent verschijnsel: de uitdrukking "op zijn elf en dertigst"<sup>19</sup> bestaat al enige eeuwen. Een treffend voorbeeld op preventiegebied is de besluitvorming over een landelijk dekkend net van gemeentelijke gezondheidsdiensten. Kort na de eerste wereldoorlog lag daarvoor een eerste wetsvoorstel, vooral gericht op de effectieve bestrijding van TBC. Maar pas in 1989 is dit stelsel, met de WCPV, gerealiseerd. TBC was toen al een relatief onbeduidend gezondheidsprobleem geworden. Een ander voorbeeld dat processen soms lang kunnen duren betreft de totstandkoming van onderling vergelijkbare regionale volksgezondheidsrapporten. Dit proces is in 2003 begonnen en nog steeds niet geheel afgerond.

Verklaringen voor bestuurlijke traagheid bij de preventie van welvaartsziekten zijn:

- Welvaartsziekten en hun risicofactoren zijn betrekkelijk recent opgekomen, terwijl infecties tot in de jaren '50 en '60 belangrijke ziekteoorzaken waren en dus al veel eerder de aanstoot tot preventie hebben gegeven. Ook verkeersongevallen zijn al in de jaren '60 sterk opgekomen.
- Er is bij welvaartsziekten een ruime *time lag* tussen oorzaak en gevolg; vele malen groter dan bij infectieziekten en de meeste ongevallen. De gevolgen op populatieniveau worden daardoor ook pas in een (te) laat stadium zichtbaar voor een tijdige beleidsreactie (i.c. preventiebeleid). Deze *time lag* betekent tevens dat de baten van preventie met vertraging zichtbaar worden.
- Er zijn jarenlang gunstige trends geweest: het percentage rokers is van 1960 tot begin jaren '80 substantieel gedaald; vanaf begin van deze eeuw is opnieuw van enige daling sprake geweest (zie tabel 3) en de behandeling van hartaandoeningen is in de afgelopen decennia veel effectiever geworden; de urgentie van preventie nam hierdoor af.

---

<sup>19</sup> Betreft de besluitvorming in Friesland tijdens de Republiek der zeven provinciën

- Met genotmiddelen gaan omvangrijke commerciële belangen gepaard; onder andere de tabak-, alcohol en zuivelindustrie verzetten zich tegen effectief preventief beleid<sup>20</sup>.
- De ontwikkeling van het zorgstelsel heeft in de afgelopen 10 jaar meer in het teken gestaan van de omslag naar vraagsturing en gereguleerde marktwerking dan van preventie.
- De verantwoordelijke bestuurder (de minister of wethouder volksgezondheid) wordt in de praktijk vooral afgerekend op slechte resultaten op het gebied van infectieziekten en ongevallen/rampen.
- De wethouder volksgezondheid is in het algemeen niet verantwoordelijk voor met volksgezondheid verwante beleidssterreinen (maatschappelijke ondersteuning, schuldhulpverlening, sociale dienst, openbare ruimte, volkshuisvesting e.a.) waar vaak mede de oplossingen voor gezondheidsproblemen kunnen worden gevonden. Het gemeentefonds honoreert objectieve kostenfactoren met onder andere sociaaleconomische maatstaven en aantallen uitkeringsontvangers, maar niet gezondheidsuitkomsten<sup>21</sup>.
- Er is voor welvaartsziekten een sterke afwentelingsmogelijkheid beschikbaar, namelijk behandeling van (vermijdbare) ziekte door de individuele gezondheidszorg.

In Nederland lijkt sprake van relatieve traagheid in het preventiebeleid voor welvaartsziekten, aangezien de epidemiologie in diverse andere landen een gunstiger beeld laat zien. Vooral de levensverwachting van vrouwen blijft - steeds meer en inmiddels ruimschoots - achter bij een groot aantal andere OECD-lidstaten (grafiekje invoegen). Die traagheid betreft zowel het rijksbeleid als het beleid van veel gemeenten.

*Ad 4) Primaat voor eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid?*

Behalve bestuurlijke traagheid is er ook sprake van politiek-ideologische argumenten rond de toepassing van met name de meest effectieve interventies (vooral aanbodbeperkingen) tegen welvaartsziekten. Die hebben te maken met het primaat voor de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn keuzen, een opvatting die in Nederland meer dan elders aanhang lijkt te hebben. Uit onderzoek blijkt overigens dat leef-

---

<sup>20</sup> NRC 20 juni 2009: tabakindustrie financiert verzet rookverbod kleine cafés; uitzending van Zembla op 21 oktober 2011

<sup>21</sup> In het recente model voor de kosten van grote gemeenten voor de maatschappelijke opvang zijn een kostencomponent en een preventieve component opgenomen, met een in de tijd toenemend gewicht van de preventieve component.

wijzen van burgers niet alleen van individuele keuzen afhangen, maar ook sterk worden bepaald door collectieve invloeden, zoals beschikbaarheid, prijs, sociale normen, e.d. En in de keten die leidt tot het ontstaan van welvaartsziekten is individueel keuzegedrag nu eenmaal, in het algemeen<sup>22</sup>, een van de schakels en daarmee een aangrijpingspunt voor preventie. Het dilemma voor de beleidsmaker is dat de directe interventies effectief en ook kosteneffectief zijn<sup>23</sup> maar op veel publieke en politieke weerstand kunnen stuiten. Een bijkomend aspect is dat ook handel en industrie het recht op vrije keuze en een vrije (bijvoorbeeld tabaks)markt opeisen. Zij worden meer getroffen naarmate het overheidsbeleid effectiever is, zodat bij daartoe strekkende plannen ook van die kant meer verzet mag worden verwacht.

Het primaat van eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid heeft ook een rol gespeeld bij het weer uit het Zvw-pakket houden van SMR en GLI<sup>24</sup>.

*Het is zeker niet de bedoeling dat de eigen verantwoordelijkheid van mensen door zorgverleners wordt overgenomen. Het kabinet is er geen voorstander van om leefstijlinterventies in het basispakket van de Zvw op te nemen. Gezond gedrag blijft iets van jezelf. Dat betekent dat mensen bijvoorbeeld op eigen kosten kunnen sporten en dat die kosten niet ten laste komen van anderen via het verzekerde basispakket. (Landelijke nota gezondheidsbeleid p. 13)*

Het was interessant geweest als deze *disease management* programma's de kans hadden gekregen om hun effectiviteit ("efficacy") bij grootschalig aanbod ook in de praktijk te bewijzen ("effectiveness"). Hoewel het kabinet daar dus niet voor kiest, kan een dergelijk programma zorginhoudelijk goed als te verzekeren noodzakelijke zorg worden getypeerd omdat roken een verslaving is die veel rokers niet alleen kunnen overwinnen. Vooral voor mensen met een lage opleiding kan worden beargumenteerd dat de deelname toeneemt als de financiële drempel zo laag mogelijk is<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> Uitzondering zijn onder andere passief roken en overdracht aan het ongeboren kind.

<sup>23</sup> Zoals het rookverbod op de werkvloer

<sup>24</sup> Landelijke nota gezondheidsbeleid 2011

<sup>25</sup> Preventie van chronische ziekten voor risicogroepen, p.82

*Ad 5) het specifieke karakter van preventie?*

De baten van preventie van welvaartsziekten komen per definitie in de toekomst (soms pas na decennia), de causaliteit is onvolledig (het gaat om beïnvloeding van kansen en ook andere factoren spelen mee) en de baten komen gedeeltelijk bij derden terecht (extern effect). Dit zijn onmiskenbare nadelen voor preventie.

De meeste mensen geven minder gewicht aan kosten en baten in de toekomst dan aan kosten en baten in het heden (tijdvoorkeur). Een aangename leefstijl wordt dan verkozen boven gezondheidsschade (variërend van de zekerheid van een kater de volgende dag tot een kans op longkanker over 30 of 40 jaar later). Vooral jongeren kunnen de gevolgen van hun leefstijlkeuze niet goed overzien. De kwaliteit van de leefstijlkeuze (af te lezen aan de kans op spijt achteraf) wordt bevorderd door informatievoorziening en door jongeren te beschermen tegen keuzes waarvan ze de gevolgen nog niet kunnen overzien. Ook de overheid heeft specifieke tijdsvoorkeuren. De 4-jaars tijdshorizon van de bestuursperiode maakt de kosten en baten daarna minder relevant.

Het effect van preventie is gezondheid. Voor het individu is dit een belangrijke bate, maar ook anderen hebben hier voordeel van. Dit externe effect is dat het individu geen beroep hoeft te doen op collectief gefinancierde zorg en langer of beter in staat is tot een productieve bijdrage (betaald, onbetaald). Dit externe effect wordt bijvoorbeeld genoemd als verklaring voor terughoudendheid van zorgverzekeraars bij de inkoop van preventie omdat bij overstap van verzekerden een concurrent zal profiteren van de baten, namelijk lagere zorgkosten. Inmiddels lijkt dit argument gewicht te verliezen omdat het aantal overstappers daalt.<sup>26</sup> Ook werkgevers die in preventie investeren lopen een dergelijk risico. Externe effecten staan goede besluitvorming in de weg: niet alle baten en niet alle kosten worden meegewogen. Een oplossing hiervoor is internalisering. Zo legt de sociale wetgeving (Wet poortwachter, Wet doorbetaling loon bij ziekte) de kosten van ziekte en arbeidsongeschiktheid neer bij de werkgever, waardoor deze wordt gestimuleerd om te investeren in preventie.

Door tijdvoorkeur en externe effecten is de productie van preventie suboptimaal. Dit is een fundamenteel probleem dat

---

26 P. Hasekamp in ZN Dossier nr. 3 (ZN, juli 2011, p. 6)

alleen met een overheidsbeleid gericht op informatievoorziening, bescherming en internalisering van kosten en baten kan worden opgelost. Ook de overheid zelf heeft echter een beperkte horizon.

*Ad 6) Gezondheidszorg: complement of concurrent van preventie?*

In dit advies is de plaats van preventie in de gezondheidszorg een belangrijk aspect. De burger heeft vertrouwen in het oordeel van de arts en diens adviezen, ook over leefstijl, hebben gezag. De minister van VWS kan in dit kader op diverse manieren invloed uitoefenen.

In ons land is de gezondheidszorg eerder als concurrent dan als complement van preventie gepositioneerd. De toegang tot de huisarts is ongeclausuleerd. Vervolgens bepaalt de Zvw dat er alleen vergoeding mogelijk is voor behandeling van een individuele zorgvraag, dus een bestaand gezondheidsprobleem, vanaf het moment dat een verzekerde zich daarmee bij een zorgverlener meldt. Dit beperkt de mogelijkheden van preventieve interventies in de gezondheidszorg (zie box).

*Box: preventieconsult*

*In ons land zijn er ruim 2 miljoen patiënten met cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en nierschade. De NHG-standaard cardiometabool risico (preventieconsult) biedt een instrument voor screening: de potentiële screeningspopulatie telt ruim 4 miljoen mensen. De (kosten)effectiviteit is niet aangetoond. Het CVZ<sup>27</sup> neemt het standpunt in dat de standaard wordt vergoed als de deze op verzoek van de patiënt wordt uitgevoerd, ook als dit naar aanleiding is van een beperkt bevolkingsonderzoek dat buiten de huisartspraktijk heeft plaatsgevonden. Er is geen vergoeding als de huisarts zelf een bevolkingsonderzoek onder zijn praktijkpopulatie heeft gehouden of als het gaat om een landelijk bevolkingsonderzoek. De huisarts kan de standaard uiteraard wel in individuele gevallen aanbieden als hij daar aanleiding toe ziet.*

Een oplossing hiervoor is het expliciet opnemen van preventieve interventies in het verzekerde basispakket. De Stoppen met Roken interventie en de Gecombineerde Leefstijlinterventie zijn voorbeelden hiervan. Dit zijn interventies gericht op behouden en verwerven van gezond gedrag, die kunnen worden toegepast bij individuen met hoog risico maar bij wie (nog) geen sprake is van een medische zorgvraag. Vanaf 2012 krijgen deze interventies geen plaats (meer) in het basispakket.

---

<sup>27</sup> Standpunt Preventieconsult (CVZ, 26 oktober 2011)

Het GGZ-produkt individuele preventie, als onderdeel van de kortdurende GGZ, is geïndiceerde preventie voor hoogrisicogroepen en maakt wel onderdeel uit van het verzekerde Zvw-pakket.

Er zijn geen concrete cijfers over de preventieve inspanningen in de verzekerde gezondheidszorg. De beschikbare aanwijzingen zijn gemengd. Minder positieve signalen gaan over de Nederlandse huisartsen, die in vergelijking met andere landen niet zo veel adviezen of begeleiding met betrekking tot leefstijl geven<sup>28</sup>. Een ander voorbeeld is de stand van zaken met betrekking tot de Zorgstandaard cardiovasculair risicomangement<sup>29</sup>. De bevindingen van het CVZ hierover zijn onder andere:

- in alle stadia van de behandeling (van huisarts tot en met hartrevalidatie) worden de verzekerde leefstijladviezen en begeleiding minder aangeboden dan de eveneens verzekerde medicatie en operatieve ingrepen<sup>30,31</sup>,
- de vraag op het gebied van verzekerde leefstijlbegeleiding is groter dan het aanbod door de behandelend arts;
- vanuit de patiëntenorganisaties is er vraag naar uitbreiding van de verzekerde leefstijlinterventies (o.a. op het gebied van bewegen en dieet)<sup>32</sup>,
- als oorzaken wijst het CVZ op culturele en vaardigheidsaspecten rond het artsberoep: preventie is onder cardiologen niet sexy; bij huisartsen speelt een gebrek aan tijd, "er even niet aan denken" en ook veronderstelt men gebrek aan kennis en vaardigheden.<sup>33</sup>

Naast deze verklaring van CVZ, is de huidige vorm van de variabele prestatiebekostiging (gereguleerde marktwerking) in de zorg niet per se een prikkel tot preventie. Die prestaties zijn gedefinieerd als aantal consulten en verrichte DBC's. Meer consulten of duurdere DBC's betekent een hogere omzet voor

---

<sup>28</sup> Grol en Faber 2007, geciteerd in Zorgbalans 2008, p. 34 (RIVM 2008); Zien ook Hopman, 2009, geciteerd in Effecten van preventie (RIVM 2010), p. 29.

<sup>29</sup> Pakketscan coronaire hartziekten, p. 98, p. 139 e.v., (CVZ 2010)

<sup>30</sup> Oprekking van het indicatiegebied van dure interventies, met name dotterbehandeling wordt onderkend als substantieel budgettair risico (Schut, 2011)

<sup>31</sup> idem p. 125: citaat uit oratie De Winter over financiële motieven voor snelle dotterbehandeling, ondanks bewezen risico op dotterbehandeling-gerelateerde hartinfarcten

<sup>32</sup> Idem p. 80

<sup>33</sup> Ook in de ouderenzorg spelen dergelijke aspecten mee (NRC van 8 oktober 2011)

praktijk of ziekenhuis. En omzet is belangrijk want de bedrijfsvoering wordt steeds risicovoller door de omvangrijke dynamiek die het ziekenhuislandschap in de komende 10 jaar te wachten staat<sup>34</sup>.

Zorgaanbieders zijn voor omzet mede afhankelijk van de zorgverzekeraar. Ook voor hem is de preventieprikkel niet sterk. Hij zou via de zorginkoop kunnen bedingen dat zorgaanbieders ook preventie aanbieden, bijvoorbeeld via de leefstijlcomponent van zorgstandaarden (een terrein waarop het Kwaliteitsinstituut i.o. verdere voortgang zou moeten boeken). Vanzelfsprekend is een verzekeraar geïnteresseerd in de mogelijke schadelastbeperking die dat kan opleveren, maar preventie is geen concurrerende strategie door de vertraging waarmee de baten ervan worden uitbetaald<sup>35</sup>. Bovendien loopt de verzekeraar slechts een beperkt financieel risico over groepen verzekerden met een dure behandeling ook als die met preventie voorkomen had kunnen worden. Deze kosten kan hij namelijk poolen in de ex ante risicoverevening. Behalve de groepen met duur geneesmiddelengebruik (FKG's) of een dure DBC (DKG), betreft dit vanaf 2012 ook groepen met meerjarige hoge kosten (MHK). Kenmerkend voor deze pooling is dat de kosten per individu worden genormeerd, maar niet het aantal verzekerden dat in de pooling kan worden ingebracht. De prikkel is dus beheersing van de kosten van de zorg, maar niet beheersing van de instroom. Maatregelen in de ex ante risicoverevening om meer tot preventie te prikkelen mogen uiteraard niet leiden tot een belang van verzekeraars bij het vermijden van bepaalde groepen patiënten (risicoselectie).

De laatste schakel in de keten is doorstroming van patiënten met ernstige beperkingen, ongeacht de aard of de oorzaak, naar de maatschappelijke ondersteuning en de AWBZ. De financiële risico's in de maatschappelijke ondersteuning zijn voor de gemeente; die van de AWBZ zijn voor de Minister van Financiën. Theoretisch is denkbaar dat de gemeente een belang heeft bij preventieve interventies, met het oog op besparingen in de WMO en op andere terreinen, zoals leefbaarheid, maatschappelijke opvang, algemene en bijzondere bijstand en schuldhulpverlening. De Gezonde Wijk Overvecht is een voorbeeld van dergelijk gemeentelijk beleid; interessant daarbij

---

<sup>34</sup> Advies Medisch-specialistische zorg 20/20 (RVZ, 2011)

<sup>35</sup> Het IMTA heeft berekend dat de GLI vanaf jaar 5 een positief effect heeft op de zorguitgaven.

is dat de samenwerking met de zorgverzekeraar inderdaad een batig saldo op de zorgkosten heeft opgeleverd (in lijn met berekeningen over de GLI).

Samenvattend kan worden gesteld dat de financiële prikkels in de verzekerde gezondheidszorg feitelijk veelal min of meer haaks op de richting Preventie staan.

*Ad 7) Schiet de organisatie van landelijke, regionale en lokale publieke gezondheid tekort?*

De publieke gezondheid voorziet in maatregelen voor de gehele bevolking of bevolkingsgroepen (universele en selectieve preventie).

De wettelijke regeling van preventie van welvaartsziekten (afgezien van ge- en verboden ten aanzien van tabak en alcohol) laat veel beleidsvrijheid: er is geen uitgewerkt kader zoals bij de jeugdgezondheidszorg, of sturing zoals bij infectieziektebestrijding. De preventiecyclus staat centraal. Startpunt hiervoor is de VTV die het RIVM om de vier jaar opstelt (de meest recente stamt van 2010). Deze VTV is input voor de landelijke nota gezondheidsbeleid. Ook de gemeenten stellen daarop vierjaarlijks een gezondheidsnota op. In het vierde jaar van de cyclus brengt de IGZ een inspectierapport over het gemeentelijk gezondheidsbeleid uit.

In 2010 heeft het kabinet geconstateerd dat de preventiecyclus op lokaal niveau onvoldoende functioneert. Gemeenten volstaan in hun lokale nota's te vaak met algemene intenties; het lokale beleid leeft onvoldoende. Inmiddels is een aanpassing van de WPG in werking getreden. Vanaf 1 oktober 2011 worden gemeenten gestimuleerd met de verplichting om de prioriteiten van de landelijke nota gezondheidsbeleid als aangrijpingspunt voor effectief beleid in acht te nemen. Gemeenten hebben de vrijheid om gemotiveerd af te wijken van de landelijke prioriteiten, op basis van bijvoorbeeld lokale epidemiologische gegevens. Deze motivatie dient terug te worden gevonden in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. De vijf prioriteiten zijn schadelijk alcoholgebruik, roken, overgewicht, depressie en diabetes. Het kabinet legt het accent op bewegen. Voor de lokale nota's gelden voortaan vormvoorschriften. De nota moet in ieder geval vermelden wat de gemeentelijke *doelstellingen* zijn, welke *acties* worden ondernomen om deze doelen te halen en welke *resultaten* de gemeente in die periode wenst te realiseren. De vormvoorschriften dienen in de visie van het kabinet als prikkel voor gemeenten om de beleidsvoornemens in de nota's gemeentelijk gezondheidsbe-



leid concreter te formuleren en daarmee de dynamiek en het debat op lokaal niveau te bevorderen. De vormvoorschriften zouden gemeenteraden de goede handvatten geven om het gevoerde gezondheidsbeleid te kunnen evalueren. Dit sluit aan bij het versterken van de controlerende rol van de gemeenteraad in het duale lokale bestuur en kan het lokale beleidsproces op het terrein van gezondheidsbeleid stimuleren.

De constatering dat het gezondheidsbeleid op lokaal niveau onvoldoende leeft wordt door de Raad onderschreven. De zwakheid van het lokale beleid is het gevolg van de hiervoor geschetste positionering van welvaartsziekten in het gezondheids- en zorgbeleid. Preventie van welvaartsziekten is een muurbloempje, vergeleken met de infectieziektebestrijding, screening, vaccinatie en gezondheidsbescherming. Ook in de zorg krijgt preventie niet voldoende aandacht. Het kabinet heeft in de landelijke nota een inhoudelijk standpunt over het lokale beleid bepaald, door voorrang te geven aan en (met uitbreiding van het aantal combinatiefunctionarissen) sterk in te zetten op bewegen in de buurt. Dit zal ongetwijfeld een impuls geven. Anderzijds worden SMR en andere leefstijlinterventies niet in het basispakket van de Zvw opgenomen, is het rookverbod in de horeca versoepeld en bevat de landelijke nota een aantal laconieke bevindingen, bijvoorbeeld ten aanzien van rookvrije schoolpleinen en schoolkantines. Deze keuzes maken de verplichting van gemeenten om over de speerpunten roken, overgewicht, depressie en diabetes doelstellingen, acties en gewenste resultaten te formuleren minder kansrijk.

Dit zal er ook toe leiden dat de positie van de gezondheidsbevordering (de GGD) lastiger wordt. Het is een minder leuke klus om op middelbare scholen te moeten vertellen over de risico's van het roken, als roken op het schoolplein is toegestaan dan wanneer dat is verboden. De effectiviteit van dit werk zal er ook door afnemen. Het werk van de gezondheidsbevorderaars wordt daardoor ook in een bepaalde hoek gezet. Ook de kans op steun vanuit de gemeente is kleiner wanneer het rijk aangeeft dat rookvrije schoolpleinen en gezonde kantines belangrijk zijn, maar niet belangrijk genoeg om daar een maatregel voor te treffen. De steun van de gemeente(n) is een belangrijke factor voor de GGD-activiteiten voor gezondheidsbevordering, zo is ook tijdens de werkbezoeken die de Raad in het kader van dit advies heeft afgelegd, gebleken. Dit vertaalt zich in krachtdadigheid, zelfvertrouwen, praktijkgerichtheid en visie voor de lange termijn. In regio's waar die steun ontbreekt wil de GGD meer dan kan of mag en wordt de gezondheidsbevordering meer plichtmatig en projectmatig uitgevoerd.

Hier komt nog bij dat de gezondheidsbevordering van de GGD'en vaak een beperkte bezetting kent, zodat niet alle deskundigheid in huis is. Slechts een aantal GGD'en werkt samen met een universiteit in de vorm van een academische werkplaats.

Al met al zijn er diverse vragen te stellen over de doelgerichtheid van het landelijke en het gemeentelijke preventiebeleid.

Wat zijn de praktijkervaringen?

De succesvolle initiatieven voor lokaal/regionaal gezondheidsbeleid

- komen van de grond doordat lokaal *urgentie* wordt gevoeld; dit kan de inspiratie zijn vanuit de lokale epidemiologie (zoals in Rotterdam<sup>36</sup>), van een enkele bestuurder of zorgaanbieder zoals Hartslag Limburg, maar ook inspiratie van onderop, door een beweging vanuit de bewoners Gezonde Wijk Overvecht;
- worden georganiseerd in de vorm van een *krachtenbundeling* (PPS) van zorg en lokale overheid.

De uitkomsten van die initiatieven zijn

- gezondheid
- innovatie
- resultaten op andere beleidsterreinen (vooral participatie).

Voorbeelden van gezamenlijke actieplannen en convenanten van verzekeraars en gemeenten:

- Utrecht Gezond ([www.utrechtgezond.nl](http://www.utrechtgezond.nl)); samenwerking tussen Agis/Achmea en gemeente Utrecht
- Amsterdam samen gezonder; samenwerking van Achmea en gemeente Amsterdam en stadsregio Amsterdam
- Convenant Menzis – gemeente Enschede
- projecten van verzekeraar CZ met regio Parkstad (8 gemeenten), Den Haag, Den Bosch, Bergen op Zoom, Waalwijk en Provincie Zeeland

Succes ontstaat bij gevoelde urgentie en krachtenbundeling. Hoe is het met de voorwaarden daarvoor gesteld?

Urgentie zou voor de gemeente moeten komen uit een scherp epidemiologisch inzicht met een stevige beleidsmatige verta

<sup>36</sup> Het programma Van Klacht naar Kracht

ling. Er moet duidelijk zijn wat er aan de hand is. Niet zozeer als gemiddelde voor de hele gemeente, zoals de huidige regionale overzichten dat presenteren, maar als aanwijzing waar de neerwaartse afwijkingen van dat gemiddelde, op wijk-, kern of buurtniveau, zich bevinden. Vervolgens zou duidelijk moeten worden gemaakt welke consequenties dat heeft voor de doelstellingen van de gemeenten en van de zorgverzekeraars; waar de kansen liggen voor gezondheidswinst, maar ook voor openbare orde, zelfredzaamheid, kansen op de arbeidsmarkt en verlaging van zorguitgaven. Ook andere partijen, zoals justitie en onderwijs, kunnen hier belangen hebben. Maar zo werken de epidemiologie en dus ook de beleidscyclus van de gemeente op dit moment nog niet.

Verzekeraar AGIS en de GGD Amsterdam willen ook op termijn gezondheidsdata gaan koppelen. Een intentieverklaring hiervoor is begin februari ondertekend. Nu is de vraag: hoe gaan we het doen? Privacy is slechts één aspect. 'Het lijkt vanzelfsprekend,' zegt verantwoordelijk programmamanager. 'De GGD heeft de gezondheidsmonitor, een vierjaarlijks onderzoek naar gezondheid en leefstijl onder inwoners van Amsterdam, die een waanzinnige bron van informatie is. En wij van AGIS kennen het daadwerkelijke zorggebruik uit de data van onze verzekerden, waartoe zo'n 70% van alle inwoners van Amsterdam behoren. Samen beheren we dus een goudmijn aan informatie. Het zou jammer zijn daar niet volop gebruik van te maken.'

In dit verband kan terzijde nog worden gewezen op recent onderzoek<sup>37</sup> dat uitwijst dat de landelijke sturing op preventie-speerpunten het lokale interactieve beleidsproces ook kan belemmeren in plaats van stimuleren. Dat zou het geval zijn wanneer andere beleidssectoren dan de afdeling volksgezondheid deze speerpunten niet als hun belang (h)erkennen. Gezondheidsproblemen zouden dus moeten worden herkaderd; van het gezondheidsperspectief van de GGD naar het perspectief van actoren uit andere sectoren (zoals werk en bijstand, maatschappelijke ondersteuning, onderwijs en veiligheid).

Krachtenbundeling van gemeente en zorg (PPS) wordt steeds meer gerealiseerd. Epidemiologisch inzicht is één van de factoren waarmee dit kan worden bevorderd. Andere voorwaarden liggen op het vlak van de financiële prikkels voor aanbieders en verzekeraars van zorg. De aanwezigheid van een aantal, onderling concurrerende zorgverzekeraars met elk een relatief

---

<sup>37</sup> Knowledge in progress (dissertatie Joyce de Goede, 2011)

klein aandeel in de lokale markt kan een belemmering zijn voor PPS.

Uit de collectieve zorgverzekering die verzekeraar AGIS namens de Gemeente Amsterdam uitvoert voor inwoners met een laag inkomen is het Gezondheidsfonds opgericht. Het fonds financiert projecten die participatie en activering van de deelnemers van de collectieve zorgverzekering bevordert. Specifiek gaat het om oplossingen voor gezondheidsproblemen die de eigen participatie in de weg staan. Binnen de doelgroep richt het fonds zich specifiek op de preventie van psychische problematiek voor de groepen: ouders met kinderen en een laag inkomen, werkenden met een laag inkomen verkregen met kleine (uitzend)contracten; alleenstaande mannen van vijftig jaar en ouder; klanten van de Dienst Werk en Inkomen (DWI) die 'op weg naar werk zijn' en gehinderd worden door psychische problemen.

Tot slot kan nog worden gewezen op de landelijke organisatie van de gezondheidsbevordering, die bestaat uit RIVM/CGL en een aantal thema-instituten of gezondheidsbevorderende instellingen GBI. Het CGL is een aantal jaren geleden tot stand gekomen met de opdracht om ordening aan te brengen in de informatiestroom van de GBI naar het veld (gemeenten, scholen en anderen). Ideaal is de situatie echter nog niet. De GBI's werken onvoldoende samen en dit leidt tot een verbrokken aanbod van interventies. Dit gaat ten koste van de doelmatigheid waarmee de toch al schaarse middelen voor gezondheidsbevordering worden besteed.

#### *Conclusies van de analyse*

1. Preventie van welvaartsziekten is een belangrijke taak die maar matig is ontwikkeld. De trends in risicofactoren zouden sneller moeten worden omgebogen; de grote sociaaleconomische verschillen maken dit extra urgent.
2. Preventie van welvaartsziekten heeft van nature een zwakke positie. Die wordt in stand gehouden door de zeer toegankelijke individuele gezondheidszorg die open staat voor afwenteling van kosten op de verplichte zorgverzekeringen. Preventie komt er in twee afwegingen bekaaid af: tegengaan van risicoselectie én eigen verantwoordelijkheid gaan vóór. Er is geen partij die zich opstelt als eigenaar of sponsor van preventie en gezondheid.
3. De onlangs in werking getreden bepalingen in de WPG over de plaats van de landelijke speerpunten in het landelijk beleid zijn niet consistent met de beperkte ambities

van het landelijk beleid ten aanzien van roken, overgewicht en diabetes. De doelmatigheid en het rendement van de gevraagde gemeentelijke acties zullen door deze keuzes van het kabinet afnemen.

4. Er zijn voldoende voorbeelden van successen van preventie van welvaartsziekten: de best practices van intersectoraal beleid in het buitenland, Limburg, Utrecht-Overvecht en elders, alsmede de lijst van onbenutte mogelijkheden, zoals rookpreventie, geven aan dat we niet alleen weten dát er gezondheidsproblemen zijn, maar ook hoe we ze kunnen aanpakken en welke partijen die taak op zich zouden moeten nemen.
5. De effectieve en efficiënte organisatie van welvaartsziekten kan worden verbeterd, zowel op landelijk, regionaal als op lokaal niveau. Op landelijk niveau kan met de beschikbare middelen voor gezondheidsbevordering meer resultaat worden behaald. GGD'en, met uitzondering van GGD'en in de grote steden en van de GGD'en daarbuiten met een academisch samenwerkingsverband, ontberen vaak massa en doorzettingsmacht. Het lokale beleid leeft niet; goede voorbeelden, met als kenmerken een intersectorale aanpak en goede samenwerking van gemeente met zorgverzekeraars krijgen onvoldoende navolging omdat de epidemiologie en beleidsanalyse tekort schieten en de voorwaarden voor die samenwerking ontbreken.
6. Om echt een slag te maken is het zaak om in de machinekamer van de collectieve stelsels (zorg en openbaar bestuur, bestuurlijk en financieel) aan een aantal knoppen te draaien. Dit komt neer op een heldere toepassing van het uitgangspunt "van zz naar gg". De kunst zal zijn om daarbij het evenwicht te bewaren tussen preventieve doelen en de toegankelijkheid van de zorg.

### 3 Verkenning van oplossingsrichtingen

De contouren van een effectieve en efficiënte aanpak van welvaartsziekten op lokaal niveau worden, dankzij een aantal inspirerende voorbeelden, inmiddels duidelijker. Dit biedt zicht op een oplossingsrichting, waarbij naast lokale partijen ook de landelijke overheid een grote rol vervult.

Eerdere adviezen over preventie, van de RVZ maar ook van diverse andere instanties (CVZ, ZonMw, VNG, ZN, KNMG, IBO, gezondheidsfondsen, patiëntenverenigingen en anderen) bevatten al veel materiaal. In het kader van dit advies worden een paar bijdragen nader beschouwd:

- de RVZ heeft met de publicaties *Zorg voor je gezondheid* (2010), *Buiten de gebaande paden* (2009) en *Sturen op gezondheidsdoelen* (2011) aanbevelingen gedaan over de rol van de burger, over de vormgeving van intersectoraal beleid en over de voorwaarden in de bekostiging van de zorg. Deze aanbevelingen worden hier niet herhaald, maar zijn nog volledig actueel (Bijlage eerdere aanbevelingen RVZ).

- het CVZ heeft belangrijke bijdragen geleverd met onder andere publicaties over preventieve interventies in de verzekerde zorg. Het belang van deze opties zou zijn dat de zorgverzekeraar waardevolle instrumenten in handen zou krijgen om de leefstijl en de gezondheid van de bevolking te verbeteren. Inmiddels heeft politieke besluitvorming er toe geleid dat de interventies SMR en GLI niet in het basispakket worden opgenomen; wat blijft staan is de leefstijlcomponent in zorgstandaarden en onlangs is ook het preventieconsult toegevoegd aan het arsenaal van de zorg.

De vraag aan de RVZ is om, binnen een raamwerk van wensen, beperkingen en mogelijkheden, aanbevelingen te doen voor meer effectiviteit en efficiency van preventie. De Raad identificeert de volgende aanknopingspunten:

- een *effectieve intersectorale lokale aanpak* van preventie van welvaartsziekten is eerder uitzondering dan regel. Dit kan worden verbeterd door de motieven voor de zorgverzekeraar en de gemeente te versterken en de voorwaarden voor samenwerking te verbeteren.
- een *juist gevoel van urgentie* is belangrijke als motivator en voor de doelmatigheid. Het gaat niet om preventie op zich, maar

om preventie waar de kansen op gezondheid en maatschappelijke baten groot zijn. Om die kansen op te sporen is noodzakelijk dat de epidemiologische informatievoorziening en beleidsadvisering structureel op een hoger niveau komen te liggen.

- krachtig *complementair rijksbeleid*, met hefboomeffect op het lokale preventiewerk. Veel mogelijkheden voor preventie kunnen uitsluitend op nationaal niveau worden gerealiseerd, en ook de rijksoverheid heeft daarom een essentiële rol.

Via deze aanknopingspunten onderzoeken we de aanpak voor respectievelijk verzekeraars en gemeenten en tot slot welke rol voor het kabinet is weggelegd.

- Zorgverzekeraars

Preventie is om een paar redenen voor verzekeraars niet de makkelijke keuze.

De zorgverzekeraars handelen binnen een wettelijk kader met een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie; risicoselectie voor de basisverzekering is voor hen verboden terrein. Om dit ook financieel te waarborgen, wordt via de risicovereeniging compensatie geboden voor verzekerden met hoge zorgkosten. Dit is een wezenlijk kenmerk van ons zorgstelsel; patiënten worden hierdoor benaderd vanuit hun zorgbehoefte en niet als “schadelast”. Preventie is hierdoor echter een minder aantrekkelijke optie; er is namelijk ook geen druk om deze “schadelast” te voorkomen.

De tweede reden is de kans dat het rendement van investeringen in preventie zal worden geogst door concurrerende verzekeraars, doordat verzekerden kunnen overstappen.

\* langere termijn

Een mogelijke oplossing is het toevoegen van een beloning voor preventie in de risicovereeniging. Bij het opnemen van preventiegerelateerde gezondheidsparameters in de risicovereeniging is een belangrijk aandachtspunt hoe dit zich verdraagt met het primaire doel van de risicovereeniging, namelijk tegengaan van risicoselectie.

Een eerste mogelijkheid kan een beloning zijn voor geleverde (c.q. vergoede) leefstijlinterventies<sup>38</sup> zoals SRM en GLI (die dan dus onderdeel moeten zijn van het basispakket). In de Nederlandse systematiek zou dit kunnen worden geïmplemen-

---

<sup>38</sup> Eggleston e.a. 2009

teerd op de manier van de FKG's en DKG's. Een theoretisch nadeel van een dergelijke productieparameter is dat dit kan leiden tot overproductie (die kans is overigens kleiner bij SRM, met zijn helder af te bakenen indicatiegebied, dan bij andere leefstijlinterventies) en wellicht is deze aanpak ook niet bevorderlijk voor innovatie.

Beloning van bereikte gezondheidsresultaten is daarom een betere optie. Voorwaarde hiervoor is dat de verzekeraar een objectief meetbare invloed op gezondheid kan uitoefenen. Die invloed is plausibel, want de verzekeraar kan bij de zorginkoop letten op de preventieve kwaliteit van zorg<sup>39</sup>. Ook kan de verzekeraar op populatieniveau in samenwerking met de gemeente aan de slag op het vlak van selectieve en geïndiceerde preventie. Hiervoor zijn veel instrumenten beschikbaar; toevoeging van leefstijlinterventies aan het verzekerde pakket zouden een extra instrument zijn om de invloed van verzekeraars op gezondheid te vergroten en hen op die verantwoordelijkheid te kunnen aanspreken.

Op dit moment zijn nog geen onderzoeksgegevens beschikbaar die uitwijzen hoe een dergelijke maatstaf in de risicoverevening eruit zou moeten zien, welk gewicht die zou moeten krijgen en welk effect dit mogelijk zou hebben op de vergoeding voor dure verzekerden en op de kans op risicoselectie. Dergelijk onderzoek zou met prioriteit ter hand moeten worden genomen. De RVZ zal dit onderwerp nader bestuderen in het kader van het werkprogramma 2012 (adviestraject Solidariteit).

\* korte termijn

Vooruitlopend op onderzoek naar een voorziening in de risicoverevening kan ook nu al worden gekeken naar financiële prikkels voor verzekeraars. Een preventiefonds is een praktisch alternatief. Hiervoor zijn eerder suggesties en uitwerkingen aangereikt<sup>40</sup>. Hier wordt met dit begrip bedoeld dat van de Zvw-premies (€ 35 miljard in 2012) jaarlijks een deel wordt bestemd voor lokaal/regionaal gezondheidsbeleid. Dit fonds zou beheerd kunnen worden door (een bestuur van) verzekeraars en gemeenten gezamenlijk. Op deze manier worden de kosten van die aanpak door de gezamenlijke verzekeraars ge-

---

<sup>39</sup> Zorginkoop heeft de toekomst (achtergrondstudie bij het RVZ-advies Zorginkoop, 2007)

<sup>40</sup> Soeters e.a. 2011



dragen en is de drempel in verband met het overstaprisico weggelaten.

Deze constructie moet met waarborgen voor doelmatige organisatie en besteding worden omkleed. Die zou daarmee ook kunnen bijdragen aan efficiënte decentralisatie en verlaging van administratieve lasten van de WPG. Een beroep op het fonds zou daarom op de volgende punten kunnen worden beoordeeld:

- ligt er een gezamenlijk plan van gemeente(n) en verzekeraars (plannen kunnen ook op regionale schaal, bijvoorbeeld GGD-regio, worden opgesteld; GG'en noemen dit een *regionale gezondheidsagenda*) en bevat het een raming van de kosten de verwachte gezondheidsuitkomsten?
- hoe groot is de gemeentelijke bijdrage, in geld of prestaties van gemeentelijke sectoren?
- is dit plan gebaseerd op een analyse van epidemiologie en zorguitgaven op niveau wijk/buurt/kern (de 4 cijfers van de postcode)?
- bedient dit plan de landelijke speerpunten adequaat?
- is de uitvoeringsorganisatie professioneel vormgegeven met een GGD die participeert in een bovenregionaal samenwerkingsverband met andere GGD'en en universiteiten?
- wordt gebruik gemaakt van bewezen (kosten-)effectieve interventies?
- welke substitutie treedt op ten opzichte van de eerstelijns en mogelijk ook tweedelijns curatieve zorg (d.w.z. zijn er rechtstreekse kostenbesparingen voor de verzekerde zorg)?

De toekenning zou mede kunnen plaatsvinden op basis van gezondheidsrendement voor het fonds. Dat ligt hoger naarmate het plan beter is, met een hogere verwachte gezondheidswinst en in de mate waarin de gemeente zelf bijdraagt, bijvoorbeeld vanuit bijstand, fysieke leefomgeving of maatschappelijke ondersteuning en de mate waarin substitutie ten opzichte van de zorg mag worden verwacht.

Een trendanalyse van de verzekeraar van het gezamenlijke gezondheidsproject van gemeente en GGD Utrecht en zorgverzekeraar Agis (Achmea) komt op 4% lagere Zvw-uitgaven in 2009 dan zonder interventies in de periode 2006-2009 het geval zou zijn geweest. Het aantal te dikke kinderen is gedaald van 26% naar 20% van het cohort 5-12 jarigen. ([www.utrechtgezond.nl](http://www.utrechtgezond.nl))

Hoe groot zou het fonds moeten zijn? Harde indicatoren hiervoor zijn niet beschikbaar, maar er is een redenering denkbaar die uitkomt op 2% van de Zvw-zorguitgaven. Die redenering houdt in dat de preventie-uitgaven uit het fonds niet hoger mogen zijn dan de besparing op de zorguitgaven. Voor een (zeer) tentatieve benadering kan de besparing van 4% op zorguitgaven in de achterstandswijk Overvecht in Utrecht dienstdoen als referentiepunt. Gemiddeld in Nederland zullen de zorguitgaven en het potentieel voor gezondheidswinst lager zijn dan in Overvecht. Over de hele bevolking genomen zou 2% kunnen worden verondersteld. Dit komt neer op € 700 miljoen per jaar. Dit bedrag lijkt voldoende om een stevige impuls aan decentraal gezondheidsbeleid te kunnen geven. Ter vergelijking: dit bedrag

- is ongeveer gelijk aan de jaarlijkse korting op premies voor collectieve contracten <sup>41</sup>;
- is ongeveer 6% van de uitgaven voor ziektepreventie (inclusief infectieziekten) en gezondheidsbescherming (bijlage);
- zou een vertienvoudiging betekenen van de huidige uitgaven voor leefstijlpreventie.

Gelet op deze dunne onderbouwing en rekening houdend met een bijdrage van gemeenten aan preventie, financieel of via andere beleidssectoren, zou bij de start van een fonds kunnen worden gekozen voor een bijdrage vanuit de ZVW van 350 miljoen (1%). Als gedeeltelijke dekking hiervoor nog kan worden gevonden in hogere tabakaccijns, hoeft minder uit premiemiddelen te komen. Met een bedrag van € 350 miljoen en een gemiddelde kosteneffectiviteit van € 10.000, kunnen per jaar 35.000 QALY's worden gerealiseerd. Dat komt overeen met ca. 1,5% van de totale ziektelast (gemeten in DALY's) <sup>42</sup> en ongeveer ca. 5% van de ziektelast door leefstijlfactoren. Daar zou dan de gemeentelijke bijdrage nog bijkomen.

- Gemeenten

Het is noodzakelijk dat het lokale preventiebeleid sterker gaat leven. De Raad betwijfelt of de oplossing van het kabinet, namelijk de plicht om doelen, acties en beoogde resultaten te formuleren op basis van de landelijke prioriteiten hiervoor een

---

<sup>41</sup> Nza: Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2011

<sup>42</sup> DALY's en QALY's zijn tegenover gestelden: een levensjaar doorgebracht met 0,25 DALY telt als 0,75 QALY

voldoende voorwaarde is. Ten eerste werkt deze prikkel beter naarmate ook het kabinet bereid is in die speerpunten te investeren, maar die bereidheid lijkt zich te beperken tot bewegen. Ten tweede zou het lokale beleid vooral gestimuleerd worden als de doelstellingen aansluiten bij (h)erkende lokale prioriteiten. Daarom zou het goed zijn om deze nieuwe bepalingen van de WPG de aan te vullen met de plicht om te weten waar binnen de gemeente de neerwaartse uitschieters in gezondheid zijn gesitueerd, om vervolgens de aanpak op die buurten en wijken te kunnen richten.

Die plicht impliceert dat veel meer data nodig zijn dan thans in de regionale vtv beschikbaar komen. Gelukkig zijn die data er, onder meer bij de zorgverzekeraars, die de zorgconsumptie vergoeden. Uiteraard is ook bij zorgverleners veel informatie beschikbaar. Het zou meer dan wenselijk zijn dat in de lokale samenwerkingsverbanden de data van gemeente, zorgverzekeraar en andere instellingen die informatie hebben over de gezondheidstoestand van de bevolking (zoals huisartsen, CBS<sup>43</sup>, Landelijke Medische Registratie, e.d.) naast elkaar worden gelegd. Uiteraard met alle noodzakelijke waarborgen voor de privacy. Dit is ook iets wat het beste op landelijk niveau kan worden geregeld. Dat is transparanter en ook doelmatiger dan wanneer elke gemeente met elke verzekeraar afspraken zou moeten maken. Wellicht kan het CBS hier als *trusted third party* goede diensten bieden.

Op basis van die data zal beleidsmatiger aan het gemeentebestuur moeten worden gerapporteerd dan thans het geval is. Dit ligt ook al besloten in de aanpassing van de WPG. Het gemeentebestuur zal het verband moeten kunnen leggen tussen gezondheid en maatschappelijke opgaven op het gebied van werk en inkomen, maatschappelijke ondersteuning, openbare orde, veiligheid en justitie, onderwijs en andere. Ook de inzet van combinatiefunctionarissen, waar het kabinet in wil investeren, kan op die manier worden geoptimaliseerd.

Onder dit kopje “Gemeenten” gaat de raad ook in op de positie van de GGD'en. Deze zouden meer ruimte moeten hebben voor ontwikkeling en toepassing van hun professionaliteit. Door het grote aantal GGD-en is bij afzonderlijke diensten de beschikbare expertise voor specifieke taken, waaronder de

---

<sup>43</sup>Recent sloten RIVM, CBS en GGD'en een convenant waarmee straks relevante landelijke cijfers kunnen worden uitgesplitst naar regionaal en landelijk niveau.

preventie van welvaartsziekten, doorgaans beperkt. De Raad pleit daarom voor intensievere samenwerking tussen GGD-en volgens het z.g. 25-5-1 model. Hierbij werken de 25 GGD-en met elkaar samen in circa 5 landsdelen, en verzorgt het RIVM landelijke taken. Op landsdeel niveau kunnen ook academische werkplaatsen (samenwerkingsverbanden ten behoeve van R&D met Universitair Medisch Centra) vormgegeven worden.

Hiervoor is aangegeven dat een prikkel om aan deze doelstellingen te realiseren kan worden gegeven via de voorwaarden van een preventiefonds. Overwogen kan worden om hieraan globale sturing te geven door opname in de WPG van een beperkt aantal extra basistaken (naast de taken van epidemiologie en landelijke speerpunten). Uitgangspunt hierbij is dat gemeenten voldoende beleidsvrijheid behouden.

- De landelijke overheid

Het kabinet heeft zich uitgesproken voor eigen verantwoordelijkheid. Dit lijkt meer duidelijkheid te verschaffen dan in werkelijkheid het geval is. Verantwoordelijkheid is op zijn plaats als ook sprake is van handelingsvermogen (bekwaamheid en bevoegdheid). Op dit gebied is echter sprake van een aanzienlijk grijs gebied. De RVZ is van mening dat hier best wat meer de hand mag worden toegestoken aan mensen die niet op eigen kracht aan ongezonde gewoonten kunnen ontkomen.

Deze redenering heeft twee consequenties. Ten eerste zou de grens om gezondheidsbescherming niet te zuinig moeten worden getrokken. Het is opmerkelijk dat de overmaat aan zout in ons dagelijks voedsel niet in de paragraaf gezondheidsbescherming, de eredivisie van de landelijke nota, is terechtgekomen. Hetzelfde geldt voor het rookvrije schoolplein. In de ogen van de Raad zijn dit duidelijke voorbeelden (en er zijn er meer) waar niet mag worden gesproken van gezondheidsbevordering maar waar nadrukkelijk gezondheidsbescherming aan de orde is. De tweede consequentie is dat handvatten moeten worden geboden voor ondersteuning van mensen die gemotiveerd zijn voor een betere leefstijl. Het effect van die twee stappen zou zijn dat rechtstreeks gezondheidswinst wordt gerealiseerd, maar ook dat stimulansen en kansen voor dodematigheid worden gegeven voor lokaal preventiebeleid. Het is immers ontmoedigend als lokaal een taak moet worden uitgevoerd die landelijk minder prioriteit heeft én het is doelmatig wanneer landelijk zaken worden gerealiseerd die lokaal veel meer moeite zouden kosten.

In dit verband spelen ook de thema-instituten (gezondheidsbevorderende instituten GBI) een rol. Dit zijn onder andere Stivoro, NISB, STAP en het Trimbos instituut. Deze instituten worden gedeeltelijk gefinancierd door het rijk. Het is wenselijk dat deze instituten meer gaan samenwerken. Een goede vorm zou zijn wanneer het RIVM de opdracht zou krijgen om het beheer van de rijksmiddelen op zich te nemen en daarmee kennis in te kopen die nodig is voor het gemeentelijk beleid.

Een van de instrumenten die voorbehouden zijn aan het landelijk niveau is de fiscaliteit. De accijns op tabak is, vanuit gezondheidsoptiek, nooit te hoog. Een sterke verhoging van de accijns op tabak kan grote financiële consequenties hebben voor (verslaafde) rokers. Het is daarom alleszins redelijk om dit te koppelen aan ondersteuning van stoppen met roken, en andere maatregelen die de keuze voor niet-roken vergemakkelijken. Tenslotte staan tegenover de kosten van die maatregelen ook hogere accijnsopbrengsten.

Ook voor alcohol geldt dat misbruik hoge maatschappelijke kosten veroorzaakt die niet volledig door de accijnsopbrengsten worden gedekt<sup>44</sup>. Daarnaast wordt thans een vettax geopperd. De uitvoerbaarheid daarvan (inclusief administratieve lasten) is nog niet duidelijk en zou nader moeten worden onderzocht. Bij een vettax zouden overigens andere oorzaken van ongezondheid (zoals teveel suiker en teveel voedsel in het algemeen) buiten schot blijven. Daarom kan ook worden overwogen om voedsel in het hoge BTW-tarief te plaatsen (voor zover binnen Europese regelgeving is toegestaan). De aanzienlijke fiscale opbrengst zou kunnen worden teruggesluisd in de vorm van een lager tarief in de onderste schijf van de loonbelasting. Zo kunnen koopkrachteffecten worden gerepareerd en de werkgelegenheid - via lagere arbeidskosten - gestimuleerd

#### *Conclusie*

Hoe zou een effectieve en efficiënte aanpak van welvaartsziekten en leefstijlbeleid eruit zien als deze oplossingsrichting wordt gevolgd? De partijen die het beste toegerust zijn voor die taak, dat zijn de minister van VWS, de gemeenten, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders, moeten zich daarvoor gaan inzetten.

---

<sup>44</sup> CPB, Sybrand Crossen (200...)

1. De Minister van VWS geeft de richting aan, treft landelijke maatregelen, schept randvoorwaarden voor het lokale beleid en spoort collega-ministers aan om de component gezondheid in hun beleid (ook fiscaal) te koesteren. De visie hierbij is dat trends in riskante leefstijl voortvarend worden omgebogen.
2. De gemeente, de verzekeraars en de lokale zorgaanbieders werken samen. Dit betekent allereerst het poolen van kracht, creativiteit en inventiviteit vanuit een gelijkgericht belang. Daarna komt het delen van informatie en het opstellen van een lokaal samenwerkingsplan voor selectieve en geïndiceerde individuele preventie. Dit resulteert in een breed, intersectoraal beleidsplan, met de burger centraal. Ook andere lokale partners worden geactiveerd.
3. Er is 1 loket voor zorg, preventie, maatschappelijke ondersteuning en andere relevante publieke diensten
4. De GGD'en zijn ook sterk en professioneel in gezondheidsbevordering. Zij werken samen, met elkaar en met kennisinstituten. Ze zijn verbindingsofficier tussen de partijen (overheid, zorg, sport, bedrijfsleven) maar zijn ook betrokken als zorgprofessional bezig bij de uitvoering dicht bij de burger.
5. De verzekeraar sluit inkoopcontracten met de zorgaanbieder met expliciete afspraken over preventie, zoals ongevraagd leefstijladvies.
6. De financiering is ontkokerd. Gemeente en zorgverzekeraar ontwikkelen daardoor een zakelijke verhouding. Ze werken vanuit een gedeeld belang, maar leveren ook over en weer diensten en kunnen elkaar daar ook voor betalen. De samenwerking leidt tot lagere zorguitgaven, en ook met zorgmiddelen wordt dus voor preventie betaald.

## 4 Aanbevelingen

De minister van VWS vraagt om een advies over effectieve en efficiënte preventie. De kern van dit advies is dat die effectiviteit en efficiency verbeteren als de decentrale regisseurs (gemeenten en verzekeraars) de juiste prikkels voor preventie krijgen. Deze maatregelen zijn kansrijker wanneer ook de minister zelf een actieve rol vervult.

Aanbevelingen ten aanzien van andere actoren, zoals zorgaanbieders en partijen met parallelle belangen (werkgevers, scholen, producenten) zijn hier niet zijn opgenomen. Maar die aanbevelingen zijn er wel. De RVZ heeft in een aantal eerdere adviezen aangegeven hoe die andere actoren zouden kunnen bijdragen aan gezondheid. Ook anderen, zoals het CVZ, ZN en VNG hebben waardevolle suggesties gedaan. Daarmee is het onderhavige advies een volgende stap in al langer lopend traject van versterking van preventie, waarbij thans het accent onder andere ligt op het versterken van de motivatie van gemeenten en de zorg. Als gezondheid centraal staat, en de RVZ vindt dat noodzakelijk, dan hoeft niet ver gezocht te worden naar de instrumenten om gezondheid te bevorderen; ook is bekend welke partijen daarmee aan de slag moeten. De processtap die thans wordt beschreven betreft daarom vooral de motivering van die partijen.

### *a. Versterk het eigenaarschap van gezondheid bij zorgverzekeraars*

#### **Maak ook voor verzekeraars sturen op gezondheidsdoelen tot uitgangspunt**

Sturen op gezondheidsdoelen is belangrijk in de hele gezondheidszorg, op micro-, meso- en macroniveau. Verzekeraars hebben met hun omvangrijke inkoopbudgetten een relevant instrument in handen, maar worden te weinig geprikkeld om dit te gebruiken. Hierdoor blijven kansen liggen, bij de zorginkoop en bij de samenwerking op het brede zorg-welzijnsveld met gemeenten. Bij de invoering van de Zvw waren de verwachtingen over de bijdrage van de verzekeraars aan een doelmatig stelsel hoog gespannen. Het is nu tijd voor een nieuwe impuls; het veld wacht er op.

**- stel een preventiefonds in, gefinancierd uit premiemiddelen**

Dit fonds wordt gevuld met 1% van de premiemiddelen van de Zvw. Met dit bedrag wordt lokaal/regionaal gezondheidsbeleid betaald dat voldoet aan de volgende voorwaarden:

- Samenwerking van gemeente en verzekeraars.
- Gebaseerd op gedetailleerd inzicht in epidemiologie en zorguitgaven.
- Landelijke speerpunten worden adequaat bediend.
- Een professionele uitvoeringsorganisatie, met GGD'en die bovenregionaal samenwerken (1-5-25 model).
- Gebruik makend van bewezen interventies.
- Substitutie van eerstelijns zorg.

**- onderzoek gezondheidsprykkels in de ex ante risicoverevening**

De risicoverevening moet worden aangepast, want eigenaarschap van gezondheid komt moeilijk van de grond bij een verevening die is gebaseerd op zorgkosten. Beloning van verzekeraars voor gezondheid via de risicoverevening krijgt een basis zodra duidelijk is welke mogelijkheden de verzekeraar heeft om het gedrag van burgers en behandelaars te beïnvloeden. Daar moet eerst onderzoek naar worden gedaan. Combineer dit met:

**- verruiming van de mogelijkheden voor geïndiceerde preventie in het basispakket voor de zorgverzekering.**

Voorwaarde voor gezondheidsprykkels in de risicoverevening is dat de verzekeraar invloed heeft op gezondheid. Er zijn bewezen effectieve interventies voor mensen die wel risico lopen maar formeel nog geen medisch probleem hebben. Daarmee kan ook instroom in de zorg worden voorkomen. Dergelijke instrumenten vullen de toolbox van verzekeraars.

*b Versterk het gezondheidsbeleid van de gemeente*

**Creëer met een “weetplicht” van gemeenten een juist gevoel van urgentie**

Gemeenten zijn de formele eigenaar van volksgezondheid op lokaal niveau, maar systematische preventie van welvaartsziekten (zoals bij infectieziekten) is er nog onvoldoende. Er lijkt weinig gevoel van urgentie. Toch is de gemeente de aangewezen partij om leiding te geven aan een brede aanpak binnen de



gemeentelijke organisatie en aan mobilisering van andere partijen (scholen, bedrijfsleven, sport, zorg). Er komt meer gevoel voor urgentie als in de besluitvorming niet de gemiddelde gezondheid centraal staat, maar de neerwaartse uitschieters op wijk- en buurniveau (4-cijfer postcode). De thans beschikbare epidemiologische informatie zegt teveel over het gemeentelijk gemiddelde en te weinig over de spreiding over buurten en wijken. Versterk de motivatie van gemeenten voor intersectoraal beleid. Voeg daarom aan het basistakenpakket van gemeenten toe dat zij zich een beeld vormen van neerwaartse uitschieters die binnen de gemeente bestaan. Dat vereist geen grote nieuwe inspanning als de bestaande data van de GGD, van verzekeraars en van andere partijen naast elkaar zouden worden gelegd. Dergelijk inzicht maakt de beleidsopgave concreter en vergroot de kans op een gerichte en doelmatige aanpak en op een brede betrokkenheid. Ook de zorgverzekeraar zal hier voordeel bij hebben. Bevorder dat deze epidemiologische kennis ontstaat en organiseer daartoe een landelijke faciliteit waarin data van GGD'en en verzekeraars kunnen worden samengevoegd en die gezondheidsrapportages aan lokale partijen beschikbaar stelt. Met een dergelijke landelijke faciliteit (bijvoorbeeld bij het CBS of bij Vektis) zouden de kosten van de weerplicht zeer beperkt kunnen blijven. Ook zou de vergelijkbaarheid van gemeentelijke rapportages vanaf het begin goed zijn, waardoor de data ook geschikt worden als benchmark. Nodig de organisaties van gemeenten en verzekeraars uit voor een startgesprek over een convenant.

**- Centraliseer de huidige subsidiemiddelen voor de implementatie van preventieve interventies bij het RIVM**

Er gaan thans subsidiemiddelen rechtstreeks naar de gezondheidsbevorderende instituten, waardoor een verbrokkeld aanbod in stand wordt gehouden. Het RIVM (CGL) zou zijn rol effectiever kunnen vervullen wanneer zijn coördinerende rol wordt versterkt met de zeggenschap over het geld. Het lokale proces kan zo beter worden ondersteund.

**- Gemeenten moeten GGD'en ruimte geven voor ontwikkeling en toepassing van hun professionaliteit op het terrein van welvaartsziekten**

Door het grote aantal GGD-en is bij afzonderlijke diensten de beschikbare expertise voor specifieke taken, waaronder de preventie van welvaartsziekten, doorgaans beperkt. Gemeenten zouden daarom moeten streven naar intensievere samenwerking tussen GGD-en volgens het zogenoemd 25-5-1 model. Hierbij werken de 25 GGD-en met elkaar samen in circa 5

grotere regio's, en verricht het RIVM een aantal landelijke taken. Op niveau van deze 5 clusters kunnen ook academische werkplaatsen (samenwerkingsverbanden t.b.v. R&D met Universitair Medisch Centra) vormgegeven worden. Geef hieraan globale sturing door opname in de WPG van een beperkt aantal extra basistaken (naast de taken van epidemiologie en landelijke speerpunten). Uitgangspunt hierbij is dat gemeenten voldoende beleidsvrijheid behouden.

*c. Neem zelf een actieve rol.*

Stimulansen voor gemeenten en verzekeraars zijn kosteneffectiever als de Minister duidelijke visie en opvattingen over het belang van gezondheid uitdraagt.

**- wees duidelijk over welvaartsziekten**

Een consequente, normatieve houding van de minister tegenover roken en ongezond eet- en beweeggedrag ("fout is fout") in de richting van het individu, lokale overheid, zorg, industrie en handel, helpt bij preventie van welvaartsziekten. Voorkom dat terughoudendheid om concrete maatregelen te treffen kan worden uitgelegd als onverschilligheid. Dat is contraproductief. Draag visie en opvattingen ook uit in de richting van bewindslieden op andere beleidsterreinen. De mogelijkheden voor intersectoraal gezondheidsbeleid zijn beschreven in het eerdere RVZ-advies Buiten de gebaande paden (2009).

**- verruim de gezondheidsbescherming**

De burger vraagt om bescherming. Bescherming begint, en betutteling eindigt, waar de burger zelf niet in de gelegenheid is om een gezonde keuze te maken. Die grens is niet scherp, maar diffuus; vooral de jeugd mag aanspraak maken op bescherming. Neem als uitgangspunt dat in dit grijze gebied het zekere voor het onzekere wordt genomen. Testcase is bescherming tegen aanbod van onzichtbaar ongezonde producten. Hier worden als voorbeeld vijf beleidsopties genoemd:

- maak schoolpleinen in het basis en voortgezet onderwijs rookvrij;
- verbied drempelverlagende c.q. verslavende toevoegingen aan tabak;
- zet meer druk achter de gezonde schoolkantine;
- zet meer druk op het verminderen van zout in bereid voedsel, zoals brood;

- verbied roken in auto's liefst helemaal, want dit bevordert ook de verkeersveiligheid; verbied roken in ieder geval als kinderen meerijden.

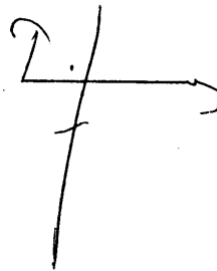
**- verhoog de accijns op tabak en alcohol en onderzoek de mogelijkheden om met een vettax en/of een hogere BTW op voedsel gezond gedrag te bevorderen**

Een hogere tabakaccijns heeft prioriteit, want in ons land wordt relatief veel gerookt. Benut de opbrengst gedeeltelijk als dekking voor het preventiefonds. Onderzoek een accijns op ongezonde vetten. Onderzoek ook de mogelijkheid om levensmiddelen onder het hoge Btw-tarief te brengen. Dit heeft een breed mitigerend effect op de voedselconsumptie. Als koopkrachtcompensatie kan de loonbelasting (onderste schijf) worden verlaagd.

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**



Rien Meijerink,  
voorzitter



Pieter Vos,  
algemeen secretaris



# Bijlagen

## Bijlage 1 bij hoofdstuk 2

### **Schatting van het deel van de ziektelast dat toegeschreven kan worden aan leefstijlfactoren.**

*Nancy Hoeymans, Rudolf Hoogenveen, Pieter van Baal, 22 november 2011*

*Vraag van de RVZ:*

Aanleiding van deze notitie is een vraag van Flip van Sloten (RVZ) naar de vermijdbare ziektelast van niet-overdraagbare (welvaarts)ziekten.

*Uitgangspunt en berekening:*

**Ziektelast** zoals berekend voor de VTV-2010. Zie ook Nationaal Kompas Volksgezondheid.

(<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-ziektelast-in-nederland/>). Dit is op basis van een selectie van 56 ziekten en aandoeningen, zie ook het Kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/selectie-van-ziekten-voor-daly-berekeningen/>. Ziektelast is uitgedrukt in DALY's en berekend als de som van de ziekte-jaarequivalenten (prevalentie \* ernst) en de verloren levensjaren.

Toeschrijven aan **risicofactoren** met behulp de gegevens gebruikt in het Chronisch Ziekten Model van het RIVM. In dit model is van een selectie van ziekten berekend welk deel hiervan toegeschreven kan worden aan een selectie van risicofactoren. De uitkomst wordt bepaald door de prevalentie van de risicofactoren (naar leeftijd en geslacht) en het relatieve risico op de betreffende ziekte en de referentiecategorie die gekozen wordt (zie bijgevoegde tabellen). Het verschil met de berekeningen zoals deze in de VTV-2010 staan is dat voedingsfactoren zijn toegevoegd. De ziektelast van de ziekten alcoholafhankelijkheid en stoornissen door het gebruik van drugs geheel toegeschreven aan leefstijl. Dus geheel los van de berekeningen in het Chronisch Ziekten Model. Ook dit deel was in de berekening voor de VTV-2010 niet opgenomen.

*Selectie van risicofactoren in het Chronisch Ziekten Model*

Risicofactoren	referentieklassen
- Roken	nooit-roken
- Alcoholgebruik	niet of matig alcoholgebruik
- fysieke activiteit	norm-actief, d.w.z. 30 minuten actief per dag op minimaal 5 dagen/week
- verzadigd-vetconsumptie	<10 energie %
- fruitconsumptie	>= 200gram per dag
- overgewicht	BMI <= 25 kg/m <sup>2</sup>

*Selectie van ziekten in het Chronisch Ziekten Model*

- Acuut Myocard Infarct	- Longkanker
- Chronisch hartfalen	- Darmkanker
- Beroerte	- Maagkanker
- COPD	- Slokdarmkanker
- Diabetes	- Borstkanker
- Artrose	- Prostaatcancer
- Lage rugpijn	

*Resultaat*

In totaal is 27% van de ziektelast (van de door VTV geselecteerde ziekten) toe te schrijven aan de leefstijlfactoren roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding (te veel verzadigd vet, te weinig fruit), fysieke inactiviteit en overgewicht. Voor mannen is het 31%, voor vrouwen 23%.

Sommige ziekten zijn vrijwel altijd veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Zo is 80-90% van de ziektelast van COPD en longkanker toe te schrijven aan leefstijl (roken in dit geval). Verder is ongeveer de helft van de slokdarmkanker, coronaire hartziekten, beroerte en diabetes toe te schrijven aan de genoemde leefstijlfactoren. Voor de meeste andere van de genoemde ziekten is de bijdrage van leefstijl een stuk lager.

*Conclusie*

Ongeveer een kwart van de ziektelast is toe te schrijven aan leefstijlfactoren. Dit is een redelijk grove schatting.

Aan de ene kant is het een overschatting omdat de selectie van VTV ziekten niet de hele ziektelast omvat. Vooral veel zeldzame ziekten ontbreken. De vermijdbaarheid hiervan is een stuk lager. Verder tellen we mogelijk zaken dubbel. We kijken zowel naar overgewicht als naar fysieke activiteit. Het zijn deels dezelfde mensen die te dik zijn en die weinig bewegen.

En zo zijn er nog wel een paar combinaties van ongezond gedrag. Bovendien hebben we geen rekening gehouden met uitstel en vervanging van ziekte. Zoals gebruikelijk bij de berekening van PAR's hebben we de bevolkingssamenstelling constant gehouden. Maar in werkelijkheid zal in geval van gezonder gedrag de levensverwachting toenemen, en daarmee een deel van de ziekte verschuiven naar hogere leeftijden.

Aan de andere kant is het een onderschatting omdat er ook ziekten zijn die wel veroorzaakt worden zijn door leefstijlfactoren, maar waarvan we geen schatting hebben gemaakt. Zo is huidkanker te voorkomen door de zon te mijden. Ook zijn ongevallen deels te voorkomen door voorzichtig te doen.

Tot slot nog een opmerking. De bevinding dat een groot deel van de ziektelast toe te schrijven is aan risicofactoren betekent nog niet dat dat deel ook vermijdbaar is. Het is onvermijdelijk dat er mensen overgewicht hebben, roken, verslaafd aan alcohol raken, etcetera.



## Bijlage 2 bij hoofdstuk 2

### Successen van preventie (inclusief vermeden aantal sterfgevallen per jaar)\*

#### ZWANGERSCHAP EN KINDERLEEFTIJD

1. Preventie van rhesusziekte (65 sterfgevallen)
2. Screening d.m.v. de hielprik (30 sterfgevallen)
3. Screening in de jeugdgezondheidszorg (20 sterfgevallen)
4. Preventie van wiegendood (170 sterfgevallen)
5. Vaccinaties tegen kinderziekten (50 sterfgevallen)
6. Preventie van tandbederf
7. Screening op Downsyndroom

#### ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

8. Preventie van arbeidsongevallen (50 sterfgevallen)
9. Preventie van arbeidsgebonden ziekten

#### ONGEVALSLETSEL

10. Veiligheid van auto-inzittenden (1000 sterfgevallen)
11. Veiligheid van overige verkeersdeelnemers (1000 sterfgevallen)
12. Preventie van verdrinking (100 sterfgevallen)
13. Preventie van brandwonden (50 sterfgevallen)
14. Preventie van vergiftiging

#### LEEFWIJZEN

15. Verwijdering van transvetzuren uit voeding (1500 sterfgevallen)
  16. Bestrijding van tabaksgebruik (>6900 sterfgevallen)
  17. Preventie van aids
- #### PREVENTIEVE MEDISCHE INTERVENTIES
18. Opsporing en behandeling van hoge bloeddruk (3000 sterfgevallen)
  19. Verlaging cholesterol met statines (750 sterfgevallen)
  20. Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (175 sterfgevallen)
  21. Bevolkingsonderzoek naar borstkanker (700 sterfgevallen)
  22. Vaccinatie tegen influenza (500 sterfgevallen)

\*Bron: Mackenbach, 2011

## Bijlage 3 bij hoofdstuk 2

### Beschrijving van huidige preventiebeleid

#### *Wettelijk kader*

Preventie (van ongezondheid) is geen overheidsmonopolie; veel mensen en organisaties zijn er dagelijks vanuit welbegrepen eigenbelang mee bezig. Maar ook de collectieve component is aanzienlijk. Veel wetgeving en beleid heeft (mede) preventie en gezondheid als doel.

De Grondwet regelt de plicht van de overheid om de volksgezondheid te bevorderen en het recht van de burger op gezondheidszorg. Dit is uitgewerkt in de vier domeinwetten van VWS (WPG, WMO, Zvw en AWBZ). De WPG (collectieve preventie, voor de gehele bevolking of bevolkingsgroepen), Zvw en de AWBZ regelen ziektepreventie: vaccinatie, tijdige diagnosestelling bij de individuele patiënt en zo nodig behandeling die erger voorkomt. De WMO verplicht de gemeente tot collectieve maatregelen en individuele verstrekkingen die de participatie, en daarmee indirect de gezondheid bevorderen. De WPG bepaalt ook een aantal gemeentelijke basistaken inzicht moet verwerven in de gezondheidstoestand van de bevolking en moet bijdragen aan preventieprogramma's en gezondheidsbevordering. Ook moet de gemeente de gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen bewaken. De minister van VWS heeft een overeenkomstige taak tot bevordering van de interdepartementale (en internationale) samenwerking. Dit bevestigt overigens dat preventie verder gaat dan het VWS-domein.

Buiten het VWS-domein vinden we een scala van wetten die de gezondheid van de burger beogen te beschermen, op terreinen als voedsel en waren, verkeer, arbeidsomstandigheden, waterkwaliteit, riolering en afvalverwijdering, milieu en andere.

#### *Overzicht van collectieve inspanningen*

Moeten we hier niet ook iets zeggen over de achterblijvende financiering van preventie? Het aandeel van preventie in de totale zorguitgaven is sinds 2002 flink gedaald, blijkt uit een analyse van Johan Polder e.a.

De volksgezondheidstoekomstverkenning (VTV, 2010) geeft een overzicht van de collectieve inspanningen voor preventie. De optelsom van de uitgaven hiervoor, uit collectieve middelen of uit private bestedingen die voortvloeien uit wettelijke voorschriften, is € 13 miljard (2007). Ter vergelijking: dit is meer dan op de rijksbegroting 2012 is opgenomen voor beleidsterreinen als I&M, V&J, BuZa/IS of Defensie en is ook meer dan de rentelast op de staatsschuld.

Voor dit bedrag worden indrukwekkende prestaties geleverd. Er is een stevige dam tegen infectieziekten opgeworpen waardoor bijvoorbeeld TBC en pokken als oorzaak van ziektelast en sterfte grotendeels zijn uitgebannen. Het aantal verkeersslachtoffers en ongevallen op de werkvloer daalt voortdurend. We zijn beschermd tegen gevaarlijke stoffen (asbest), onveilig voedsel (transvet) en onveilige producten (niet-geaard elektrisch gereedschap).

Bij de uitvoering van deze maatregelen is letterlijk de hele samenleving betrokken:

- de burger met zijn autogordel of bromfietshelm,
- de werkgever die de arbo-regels naleeft,
- bedrijven die op hun uitstoot van afvalgas letten,
- rijk, provincies, gemeenten en waterschappen die zorgen voor veilig(e) wegen, milieu, afvalverwerking, openbare en individuele gezondheidszorg, riolering, waterkwaliteit en nog veel meer,
- de zorg, zowel curatief (huisarts, cardioloog) als verplegend/verzorgend (o.a. thuiszorg),
- politie en brandweer,
- een lange reeks instituten, van Ivoren Kruis tot Diabetesfonds en van Stivoro tot NOC/NSF, van GGD tot ZonMw.

De volgende instituten hebben binnen de publieke gezondheid een formele positie.

Het toporgaan van de sector is het agentschap RIVM, dat een aantal wettelijke kennis-, onderzoeks- en coördinatietaken heeft op het brede terrein van infectieziekten, milieubescherming en gezondheidsbevordering. Onderdelen van het RIVM zijn onder meer het Centrum Volksgezondheid Toekomstverkenning en het Centrum Gezond Leven CGL; dit laatste is een schakelfunctie tussen kennisinstituten en de gebruikers in het veld.

De regionale publieke gezondheidsorganisatie bestaat momenteel 28 GGD-regio's (samenwerkingsgebieden voor de ge-

meentelijke gezondheidsdiensten). In 1990 zijn 63 regio's ingesteld; in verband met de voorziene fusie met de Veiligheidsregio's (multidisciplinaire samenwerking van de GGD met politie, brandweer en gemeentelijke diensten) zal het aantal nog afnemen tot 25. De GGD voert veelal de gemeentelijke basistaken o.g.v. de WPG uit (epidemiologie en gezondheidsbevordering). Daarnaast kan iedere GGD voor zijn gemeente(n) specifieke opdrachten uitvoeren. Een aantal GGD'en heeft een samenwerkingsverband met een universiteit (academische werkplaats) waarin specifieke kennisvragen worden uitgewerkt. Deze kennis is landelijk beschikbaar.

De kennisfunctie is verder als volgt opgebouwd.

- Het ZBO ZonMw stelt namens het Ministerie van VWS middelen beschikbaar voor onder andere een preventieprogramma, gericht op de innovatie, onderzoek naar kosteneffectiviteit en implementatie van preventieve interventies.
- De kennis op specifieke gezondheidsthema's (zoals roken, geestelijke gezondheid) ligt bij de zogeheten Gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's). Deze krijgen subsidie van VWS en beschikken ook over andere middelen. Deze GBI's vervullen ook andere functies, zoals een lobbyfunctie (Stivoro). De verspreiding van hun interventies geschiedt sinds enige jaren via het CGL.

#### *Ordening en rubricering van preventie*

##### a) Type maatregel

Het RIVM brengt bovenstaande inspanningen onder in een aantal categorieën preventieve maatregelen:

- Gezondheidsbescherming: maatregelen die, zonder rechtstreekse betrokkenheid van de burgers, systematisch en routinematig worden genomen. Grote posten zijn gevaarlijke stoffen, huishoudelijk afval, luchtkwaliteit, drinkwater, airbags/autogordels, veilige wegen, verkeerslawaaier, arbo, voedsel- en wareninspecties (bij elkaar € 10 miljard in 2007).

- Ziektepreventie: maatregelen gericht op het voorkomen van bepaalde gezondheidsproblemen. € 1,3 mrd wordt besteed aan preventie van hart- en vaatziekten en botontkalking en nog eens € 1,2 mrd aan preventieve gebitszorg, screening en vaccinatie.

- Gezondheidsbevordering: maatregelen gericht op de fysieke en maatschappelijke omgeving en de leefwijzen van individuen en groepen (€ 0,5 miljard waarvan € 150 mln voor specifieke ziektebeelden, € 235 mln arbo, sport en verkeersveiligheid en € 60 mln leefstijl).

b) Type gezondheidsschade

Een eerste knip in deze indeling betreft (preventie van) on-  
vermijdelijke respectievelijk van vermijdbare<sup>45</sup> aandoeningen.  
De vermijdbare aandoeningen kunnen worden onderscheiden  
in infectieziekten, ongevallen/vergiftigingen en ziekten die  
verband houden met de leefstijlgerelateerde gevolgen van de  
moderne leefomgeving (welvaartsziekten). De laatste categorie  
heeft dus te maken met risicofactoren voor hart en vaten,  
diabetes, psychische ongezondheid en kanker (overvloed aan  
voedings- en genotmiddelen, minder beroep op fysieke en een  
veel groter beroep op geestelijke vermogens). Deze indeling  
van aandoeningen leidt tot het volgende overzicht van preven-  
tie-uitgaven (zie Bijlage achter dit hoofdstuk; nog checken bij  
RIVM):

- niet vermijdbare aandoeningen die in een vroeg stadium  
worden opgespoord en behandeld, c.q. met vaccinatie worden  
voorkomen. Hiervoor werd in 2007 ruim € 1 miljard uitgege-  
ven. Dit is inclusief medicatie voor hart- en vaatziekten<sup>46</sup>;

- Infectieziekten, die preventief worden bestreden met vacci-  
natie, afvalverwijdering, kwaliteit van drink- en zwemwater,  
riolering, voedseltoezicht en luchtkwaliteit (uitgaven 2007 €4,5  
miljard);

- Ongevallen/vergiftigingen, met preventie in de vorm van  
veilig verkeer, veilige arbeidsomstandigheden, veilige produc-  
ten en stoffen, bestrijding van geweld en sportblessures. De  
uitgaven hiervoor bedroegen in 2007 €6 miljard<sup>47</sup>;

---

<sup>45</sup> Mackenbach: Ziekte in Nederland (2010)

<sup>46</sup> In totaal werd in 2007 voor € 1,3 miljard aan preventie van hart-  
en vaatziekten besteed. In dit overzicht wordt de helft toegere-  
kend aan endogene aandoeningen en de helft aan vermijdbare  
welvaartsziekten. (check RIVM)

<sup>47</sup> Inclusief de totale uitgaven voor veilig milieu; onder andere as-  
bestose wordt hier dus als ongevalletsel aangemerkt, ook al treedt  
dit letsel vaak pas na decennia op.

- Welvaartsziekten, met preventie in de vorm van collectieve en individuele gezondheidsbevordering (leefstijlbeïnvloeding), screening en behandeling gericht op genezing of beheersing van het ziekteproces. De uitgaven hiervoor bedroegen €670 miljoen, grotendeels voor preventieve medicatie voor hart- en vaatziekten.

## Bijlage 4

### Adviesaanvraag

Relevant gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2011, vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

'In het werkprogramma 2011 van de Raad is het onderwerp Organisatie en uitvoering van preventief gezondheidsbeleid opgenomen. Het werkprogramma vermeldt hierover het volgende.

Vraagstelling is hoe de organisatie en uitvoering van preventief gezondheidsbeleid efficiënter en effectiever georganiseerd kan worden. Hiertoe zal de huidige situatie in kaart worden gebracht, inclusief de financiële middelen voor een preventief gezondheidsbeleid. Onderzocht zal worden hoe de kosten en baten van preventief gezondheidsbeleid zich tot elkaar verhouden, en hoe hier verbetering in gebracht kan worden. Hoe komen we tot een goede effectbepaling van preventieve acties? En hoe om te gaan met het verschil tussen diegene die de kosten maakt voor preventie (gemeente), en diegene die de baten ervaart (Justitie, zorgverzekeraar)? Bij preventie gaan bovendien de kosten uit voor de baten: het gaat altijd om lange termijn effecten.

Het advies zal zich met name richten op de organisatie van preventief gezondheidsbeleid, de bijdrage die de verschillende onderdelen van VWS kunnen leveren aan een effectiever preventiebeleid, en aan de randvoorwaarden voor een effectief en efficiënt preventiebeleid.

## Bijlage 5

### Adviesvoorbereiding

*Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid voorbereid onder leiding van:*

Mr. H. Bosma

Prof. mr. J.P. Mackenbach

*Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:*

Mr. H. Bosma

- Lid van de Raad van Commissarissen N.V. NOM (Noordelijke Ontwikkelingsmaatschappij).
- Lid van de Raad van Commissarissen Synergia Capital Partners B.V.
- Voorzitter van de Raad van Commissarissen PI Investments B.V.
- Lid bestuur Nictiz.
- Lid Raad van Toezicht Gemeentemuseum, Den Haag.
- Lid Raad van Advies Afval Energie Bedrijf, Amsterdam.

Prof. Mr. J.P. Mackenbach

Voorzitter bestuur Netherlands Institute for Health Sciences.

- Lid Raad van Toezicht Instituut voor onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
- Lid Gezondheidsraad.
- Vice-decaan, Netherlands School of Public and Occupational Health.
- Lid bestuur Gerrit-Jan Mulder stichting.
- Vice-voorzitter Programmacommissie Preventie, ZONMw.
- Honorary professor Londen School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Lid Raad van Advies Inspectie voor de Gezondheidszorg.

*De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:*

Drs. F.J. van Sloten, projectleider

Mevrouw drs. S.S. Baldewsing, adviseur

Mevrouw drs. M.E.M. Huijben, adviseur

Mevrouw drs. A.C. Rijkschroeff-van der Meer, adviseur

Mevrouw C. Browne, stagiaire

Mevrouw K.R. Jongasma, junioradviseur

Mevrouw I.A. de Prieëlle, 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.

### **Klankbordgroep**

Ter voorbereiding op het advies heeft de Raad drie bijeenkomsten georganiseerd. Op 8 april, 22 augustus en 14 november 2011. De volgende personen namen hieraan deel:

- Dr. A. Boer, College voor Zorgverzekeringen
- Dr. J.A.I. Coolen, Cordaan
- Dr. ir. R.M.C.H. Douven, Centraal Planbureau
- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- Prof. dr. H. de Koning, Erasmus Medisch Centrum
- F. Kraanen, PGGM
- Mevrouw H. Linden, GG&GD Utrecht
- M.J. Ploeg MCHM, Diabetesvereniging Nederland
- H.J. Reesink, huisarts
- Prof. S.A. Reijneveld, MD, PhD
- Prof. dr. D. Ruwaard, Universiteit van Maastricht
- Dr. C.G. Schoemaker, Centrum VTV, RIVM
- Prof. dr. J. van der Velden, UMC St. Radboud
- L.F.L. de Vries, GGD Nederland
- Dr. J.A. Walburg, Trimbos Instituut
- Prof. dr. M. Willemsen, Stivoro
- Mevrouw W. Wind, NPCF

### **Expertmeeting 'Gedragverandering'**

16 mei 2011 hield de RVZ een eerste expertmeeting om van gedachten te wisselen over het advies. De onderstaande personen waren hierbij aanwezig:

- Mevrouw A. Acda, GGD G4
- Mevrouw C. Bolman, Open Universiteit
- L. Boomsma, NHG
- Mevrouw A. ter Brugge, NHG
- Mevrouw J. Bruil, ZonMW
- G. van Hoof, CZ
- Sjoerd Kooier, SCP
- Mevrouw M. Plantinga, UMC Groningen
- H. Saan, Healthy Alternatives

### **Expertmeeting 'Lokaal preventiebeleid en de rol van de GGD'**

31 mei 2011 hield de RVZ een tweede expertmeeting. De onderstaande personen waren hierbij aanwezig:

- F. Klaasen, GGD Zuid-Limburg
- R. Koel, Gemeente Den Haag
- T. Oostrom, Nierstichting
- Mevrouw A. Koornstra, GGD Nederland
- Mevrouw D. Tjalsma, SAG
- dr. H. Backx, GGD Hart voor Brabant
- C. Verdoold, Achmea
- Mevrouw M. Steenbakkers, GGD Zuid-Limburg

### **Expertmeeting 'Instrumentarium lokale samenwerking'**

16 juni 2011 is een derde expertmeeting met als onderwerp Instrumentarium lokale samenwerking georganiseerd. De onderstaande personen waren hierbij aanwezig:

- H. Swaters, Stichting Mozaïek
- H. van Hoek, CVZ
- P. Lakerveld, ENO
- Mevrouw E. Willemsen, Phrenos
- M. Soeters, ZorgmarktAdvies
- Mevrouw L. Hazenkamp, VNG
- Mevrouw M. Maasam, Zn
- K. Zwart, Welder
- Mevrouw A. van der Giezen, UWV
- F. van Eck, Arkin
- Mevrouw Brigitte Boon, Trimbos-instituut
- Mevrouw Marleen Bekker, Careyn
- Mevrouw A. Koornstra GGD Nederland
- P. Rijnbeek, NISB
- Mevrouw J. Keijzers, TNO

### **Expertmeeting 'Organisatie en rollen van de landelijke kennisinstututen en gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's) bij de vormgeving van preventie van welvaartsziekten'**

18 augustus 2011 hield de RVZ een vierde expertmeeting. De onderstaande personen waren hierbij aanwezig:

- H. Baaijens, NPHF
- F. van Bladeren, STIVORO

- B. Breedveld, Voedingscentrum
- M. Brugmans, Consument en Veiligheid
- T. Coenen, Aids Fonds/LOT-i
- J. Jansen, NIGZ
- Mevrouw M. Leurs, RIVM
- Mevrouw R. van Lier, Actiz
- Mevrouw D. van de Mheen, IVO Addiction Research Institute
- M. van Oostrom, Aids Fonds
- S. Pilon, VNG
- M. Ramakers, Vamos
- P. Rijnbeek, NISB
- Mevrouw C. Ross, NISB
- Mevrouw D. Veldman, Rutgers WPF
- H. de Vries, UvM
- L. de Vries, GGD Nederland
- J. van Wijngaarden, IGZ

**Eerste debat ‘Ingrijpen in ongezond gedrag: nu of nooit?’**

Op 10 mei 2011 hield de RVZ een eerste debat om van gedachten te wisselen over het advies. De onderstaande personen waren hierbij aanwezig:

- K. van der Bruggen, UvL
- M. Verweij, UU
- J. Seidell, VU
- Mevrouw J. Korevaar, Nivel
- K. Faddegon, WRR
- Mevrouw E. van Gorp, Voedingscentrum
- N. van Meeteren, TNO
- R. Peters, AMC
- Mevrouw A. Diepstraten, Haga ziekenhuis
- G. Meijer Nutrition Unilever
- Mevrouw M. de Booy, NPCF
- J. Benedictus, NPCF
- D. Hettinga, Diabetes Fonds
- J. Schutte, Jong democraten
- Mevrouw K. ten Velde, Jong democrate
- Mevrouw C. Nauta, UVIT
- Mevrouw S. de Lange, JOVD
- A. Joosse, CDJA
- Marijn Aalders, Big!Move

### **Tweede debat 'Publieke belangen, publieke taken centraal en decentraal?'**

Op 21 juni 2011 hield de RVZ een tweede debat. De onderstaande personen waren hierbij aanwezig:

- P. Assendelft, LUMC
- Mevrouw M. Bastiaanssen, NVAB
- P. Bordewijk
- B. Braken, LCG
- P. Coumans
- Mevrouw L. Dokter, GGD Rivierenland
- Mevrouw M. van Eijndhoven, CVZ
- H. Feenstra, Martini Ziekenhuis
- Mevrouw I. van de Goor, UvT
- Mevrouw M. Grobbink, CVZ
- W. de Haes, Cuwaert
- L. van der Heiden, VWS
- G. van Hoof, CZ
- L. Kliphuis, LVG
- Mevrouw C. Koning
- R. Kraijenhagen, NIPED
- O. Mason, VWS
- M. Oosterkamp, GGZ Nederland
- Mevrouw S. Pinedo, NIPED
- Mevrouw P. Reulings, IGZ
- Mevrouw K. Stronks, AMC
- L. de Vries, GGD Nederland
- H. Willems, KNMG

Aan de volgende GGD'en is een werkbezoek gebracht:

- GGD Fryslân en GGD Rivierenland op 26 april 2011
- GGD Gelre-IJssel op 28 april 2011
- GGD Rotterdam-Rijnmond op 11 mei 2011

Op 7 december 2011 is de onderhavige materie besproken met de heer P.H.A.M Huijts van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Raad heeft het advies op 17 november 2011 vastgesteld.

