

## Reactie op Discussienota 'Zorg voor de toekomst'

Karien Stronks, hoogleraar public health, namens onderzoeksectie 'Gezondheidsgedrag en preventie', afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam UMC (31 januari 2021)

### Onze reactie in het kort

Wij waarderen het dat we op de discussienota 'Zorg voor de toekomst' kunnen reageren. Gezien onze expertise, concentreren wij ons graag op het thema 'Preventie en gezondheid'. Kort samengevat is onze reactie dat de koppeling van preventie aan de houdbaarheid van het zorgsysteem een te beperkte blik op preventie geeft, omdat veel van de financiële baten van preventie buiten het zorgsysteem liggen. Omgekeerd zullen de baten voor de zorgsector alleen gerealiseerd kunnen worden als ook instrumenten worden ingezet vanuit andere sectoren dan de zorg, dat wil zeggen: de publieke gezondheidszorg en intersectoraal beleid. Tenslotte, gegeven dat in Nederland het verkleinen van gezondheidsverschillen één van de hoofddoelstellingen van het preventiebeleid is, is in de discussie over de houdbaarheid van het zorgsysteem meer aandacht nodig voor differentiatie van zorg voor groepen met een gezondheidsachterstand, zodanig dat gelijke uitkomsten van zorg in termen van gezondheid worden gerealiseerd.

Hieronder zullen we onze reactie verder uitwerken aan de hand van de vijf vragen die ten behoeve van de consultatie zijn gesteld.

#### 1. *Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?*

Wij onderschrijven het standpunt dat intensivering van het preventiebeleid kan bijdragen aan de houdbaarheid van het zorgsysteem, meer specifiek de afvlakking van zorgvraag en -kosten. Een argument daarvoor is, zoals ook in de discussienota vermeld, dat een belangrijk deel van de huidige ziektelast terug te voeren is op factoren die in beginsel veranderbaar zijn, zoals roken, ongezonde voeding en te weinig bewegen. Die bijdrage van de in beginsel veranderbare factoren is overigens groter dan in deze nota benoemd. Terwijl in de nota wordt uitgegaan van een percentage van 20%, in relatie tot gedrag, is dit percentage feitelijk hoger, tot ca. 50%, wanneer ook omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren (obesitas, hypertensie etc.) worden meegenomen<sup>1</sup>.

Wel moet daarbij opgemerkt worden dat de verwachting dat preventie van ziekten bijdraagt aan de houdbaarheid van het zorgsysteem, niet voor alle ziekten geldt. Het geldt wel voor preventie van ziekten die chronisch zijn, en over een langere periode zorg met zich meebrengen. Maar het geldt niet voor aandoeningen die op relatief jonge leeftijd dodelijk zijn. Als die aandoeningen worden vermeden, bijvoorbeeld door sigaretten roken te verminderen, kan dit juist tot meer zorggebruik op lange termijn leiden<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Mackenbach JP. Ziekte in Nederland. Elsevier gezondheidszorg, 2010

<sup>2</sup> Polder JJ, van Gils PF, Kok L, Talhout R, & Feenstra TL. De rekening van roken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2017;161(6)

Dit laat direct de beperking zien van de koppeling tussen preventie en houdbaarheid van het zorgsysteem: het kan niet zo zijn dat we van preventie afzien, *omdat* het niet aan de houdbaarheid van het systeem bijdraagt. Het primaire doel van preventie is immers gezondheidswinst te realiseren. Met andere woorden, hoewel vanuit het perspectief van het zorgsysteem verandering op het thema 'Preventie en gezondheid' nodig is, betekent dit niet dat het preventiebeleid *exclusief* vanuit het perspectief van de houdbaarheid van het zorgsysteem bekeken kan worden, zoals in deze discussienota wel gebeurt. Daarentegen zullen ook de doelstellingen van het preventiebeleid op zichzelf in ogenschouw moeten worden genomen, zoals beschreven in onder meer de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024. Dit betreft bijvoorbeeld de doelstelling van verkleinen van gezondheidsachterstanden. Hoewel gezondheidsverschillen wel als probleem worden benoemd in deze discussienota (p. 11), wordt dit probleem in de beleidsopties niet expliciet geadresseerd.

Wanneer een bepaalde vorm van preventie niet bijdraagt aan een verlaging van de zorgkosten, wil dat overigens niet zeggen dat er voor preventie geen business case te maken is. Dit kan wel degelijk. Maar de baten van preventie zullen dan in een veel breder perspectief bekeken moeten worden. Zo kan preventie bijdragen aan verlaging van ziekteverzuim, een hogere arbeidsproductiviteit, en een gezondere beroepsbevolking, waardoor het aandeel van mensen dat kan bijdragen aan de financiering van het zorgstelsel toeneemt.

2. *Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?*

Hoewel de knelpunten voor het thema 'Preventie en gezondheid' (p. 14) herkenbaar zijn, valt op dat ze vooral zijn beschreven vanuit het perspectief van het zorgstelsel en actoren daarbinnen (zorgverleners, zorgverzekeraars), en nauwelijks vanuit het perspectief van de publieke gezondheidszorg en intersectoraal beleid. Dit terwijl de publieke gezondheidszorg en intersectoraal beleid bij uitstek hard nodig zijn om gezondheidsdeterminanten buiten de zorg te beïnvloeden en daarmee ziekten te voorkomen, en zo het zorgsysteem houdbaar te houden<sup>3</sup>. Voorbeelden zijn het hebben van betaald werk, de kwaliteit van onze woonomgeving en het aanbod van (on)gezonde voeding. Een belangrijk knelpunt bij het realiseren van maatregelen om die determinanten te beïnvloeden, is dat ze effect hebben op actoren en sectoren die vaak andere waarden dan gezondheid nastreven, zoals economische groei. Ondanks dat er vaak een verbinding gemaakt kan worden met die andere doelen - bijvoorbeeld door de gezondheidswinst van preventieve maatregelen uit te drukken in de bijdrage aan de arbeidsproductiviteit - zijn de belangen ogenschijnlijk vaak tegengesteld. Dergelijke tegenstellingen kunnen de invoering van preventieve interventies belemmeren. Dit is een knelpunt dat in de analyse op p. 14 ten onrechte ontbreekt.

3. *Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?*

Binnen het thema 'Preventie en gezondheid' worden meerdere beleidsopties genoemd. Ze lijken samen een soort 'menukaart' te vormen, waaruit naar hartenlust gekozen kan worden. Wij vinden dat een potentieel gevaarlijke route, omdat het bij het realiseren van gezondheidswinst vooral gaat om de *combinatie* van beleidsopties. Zo zal beleid ter 'bevorderen van eigen regie' gezondheidswinst op kunnen leveren, maar voor veel groepen geldt dat dit alleen het geval zal zijn in combinatie met

---

<sup>3</sup> Hagens L, de Nood R, Wouterse B, Polder J. Wegen naar goede gezondheid liggen ook buiten de zorg. ESB 2020.

beleid ter bevordering van 'een krachtige sociale basis en een integrale aanpak van sociale problematiek'. Immers, veel mensen hebben ondersteuning nodig om eigen regie te kunnen voeren. Ontbreekt die ondersteuning, dan zal het ideaal van eigen regie niet gerealiseerd kunnen worden. De voorgestelde beleidsopties zullen dan ook in samenhang moeten worden uitgevoerd. Gebeurt dit niet, dan is de kans groot dat vooral groepen waarin risico's op gezondheidsproblemen clusteren - zoals lagere sociaal-economische groepen - minder van de maatregelen profiteren. De verschillen in gezondheid in de bevolking zullen dan verder toenemen. Dit benadrukt het belang van het punt dat wij hiervoor maakten, namelijk dat de beleidsopties voor een houdbaar zorgsysteem meer expliciet vanuit de optiek van verkleinen van gezondheidsverschillen bekeken moeten worden, gegeven dat dit één van de hoofddoelstellingen van het preventiebeleid in Nederland is. Dit impliceert een uitbreiding van de beleidsopties die in de nota worden genoemd, en omvat bijvoorbeeld ook differentiatie van zorg voor lagere sociaal-economische groepen en groepen met een migratie-achtergrond, opdat de uitkomsten van de zorg in termen van gezondheid gelijk zijn. Een voorbeeld daarvan is stoppen-met-roken-ondersteuning, waarbij, vanuit het oogpunt van effectiviteit, differentiatie in het aanbod tussen sociaal-economische groepen nodig is<sup>4</sup>.

#### *4. Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?*

Dit is een heel algemene vraag. In algemene zin willen we hierop zeggen dat, wanneer het aankomt op de nadere concretisering van beleidsopties, er veel wetenschappelijke kennis beschikbaar is over bijvoorbeeld de meest effectieve benadering en implementatie daarvan. Wij staan open voor concrete verzoeken om vanuit relevante wetenschappelijke kennis te adviseren op specifieke onderwerpen, zoals

- de vraag hoe een gezonde omgeving te creëren die gezond gedrag bevordert - vooral in groepen met een gezondheidsachterstand;
- hoe implementatie van preventieve voorzieningen in de zorg te bevorderen;
- hoe zorg te differentiëren naar bevolkingsgroepen zodanig dat meer gelijke uitkomsten van zorg worden gerealiseerd.

#### *5. Welke beleidsopties ontbreken er nog?*

Wij vragen graag aandacht voor vijf beleidsopties die ontbreken:

- a. Terecht is één van de genoemde beleidsopties: 'overheidsmaatregelen voor meer gezonde keuzes'. Maar, dergelijke maatregelen leiden alleen tot gezondheidswinst als individuen daadwerkelijk voor die gezonde opties kiezen. Onderzoek laat zien deze veronderstelling juist vaak niet opgaat in lagere sociaal-economische groepen<sup>5</sup>. Terwijl dit juist de groepen zijn waar het ongezonde gedrag het meest voorkomt. Om te voorkomen dat gezondheidsverschillen groter worden, en veel gezondheidswinst onbenut blijft, zal ook de omgekeerde beleidsoptie moeten worden gevolgd, namelijk 'overheidsmaatregelen om ongezonde keuzes te *ontmoedigen*'. Voorbeelden zijn een suikertaks, verbod op reclame op ongezonde voedingsproducten, en een

---

<sup>4</sup> Benson FE. Evaluation of smoking cessation services in disadvantaged areas of the Netherlands [diss]. Amsterdam: UvA 2016

<sup>5</sup> Adams J, Mytton O, White M, Monsivais P. Why Are Some Population Interventions for Diet and Obesity More Equitable and Effective Than Others? The Role of Individual Agency. PLOS Medicine 2016;13:e1002045

vergunningenstelsel voor tabaksverkoop. Dergelijke maatregelen zijn essentieel als het doel is zoveel mogelijk ziekten te voorkomen, en verschillen in gezondheid te verkleinen<sup>6</sup>.

- b. Terecht wordt in de discussienota de beleids optie benoemd van een integrale aanpak van sociale problematiek (p. 16). Echter, deze optie wordt vooral geïntroduceerd als een manier om de zelfredzaamheid van een individu en hulp vanuit de sociale omgeving te versterken, en is vooral ingestoken vanuit voorzieningen in het sociaal domein. Willen we gezondheidsproblemen werkelijk voorkomen in de doelgroepen zoals die hier benoemd worden, is het essentieel, zo heeft de RVS in haar recente pleidooi 'Gezondheidsverschillen voorbij'<sup>7</sup> betoogd, dat ook beleid wordt gevoerd om de onderliggende omstandigheden te verbeteren. Dit overstijgt voorzieningen in het sociaal domein, en gaat over vraagstukken als ongelijkheid in onderwijs, inkomensonzekerheid, onzeker wonen, en prestatiedruk. Beleids opties die deze zogeheten 'oorzaken van oorzaken' benoemen, ontbreken in het document. Ten onrechte, omdat ze essentieel zijn om doelstelling van afvlakking van zorgvraag en –kosten te realiseren.
- c. In het verlengde van het vorige punt, en zoals ook ad 2 betoogd, ontbreken in de discussienota preventieve maatregelen die in de publieke gezondheidszorg en intersectoraal beleid kunnen worden genomen, en die vooral de omgeving waarin mensen leven gezonder maken (luchtkwaliteit, voedingsomgeving, bewegingsomgeving etc.). Juist van dergelijke maatregelen is aangetoond dat ze een substantiële bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van ziektelast. Voorbeelden zijn fiscale maatregelen wat betreft tabak en voeding, verbeteren van luchtkwaliteit, en het bevorderen van actief transport. Dit gezondheidspotentieel beter benutten, is nodig om de vraag naar zorg te reduceren.
- d. De focus lijkt in deze nota impliciet te liggen op preventie van fysieke gezondheidsproblemen, gezien de nadruk op gedragsdeterminanten. Beleids opties over specifiek de preventie van mentale gezondheidsproblemen ontbreken.
- e. Tenslotte, ook de borging en uitvoering van bestaand beleid biedt nog veel mogelijkheden om gezondheidsproblemen te voorkomen. Er blijft bijvoorbeeld gezondheidswinst onbenut door een beperkte handhaving van tabaksbeleid, het beperkte gebruik van preventieve zorg zoals de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI), of de beperkte implementatie van zorgvormen die zijn ontwikkeld voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden of patiënten met een migratie-achtergrond.

---

<sup>6</sup> Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019 Feb 23;393(10173):791-846. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8. Epub 2019 Jan 27. Erratum in: *Lancet*. 2019 Feb 23;393(10173):746

<sup>7</sup> RVS. Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>