

Het preventieconcert

Signalement over internationale vergelijking van publieke
gezondheid

J.B.J. Drewes, arts

Signalementen RVZ

Zoetermeer, 2005

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net

Colofon

Ontwerp:	2D3D, Den Haag
Fotografie:	Eric de Vries
Druk:	Quantes, Rijswijk
Uitgave:	2005
Publicatienummer	Sig 05/01
ISBN	90-5732-148-3

U kunt deze publicatie bestellen of downloaden via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch bij de RVZ (079 3687 311).

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
1.1	Internationale vergelijkingen	9
1.2	Vragen	13
1.3	Vraagstellingen per land	13
1.4	Definitie en domeinafbakening	14
1.5	Werkwijze	15
2	Probleemverkenning	16
2.1	Stagnerende gezondheidswinst	16
2.2	Verslechterende gezondheidsdeterminanten	16
2.3	Kostenexplosie gezondheidszorg	17
2.4	Internationalisering Public Health	18
3	Landenbeschrijving	
3.1	Duitsland	19
3.2	Engeland	25
3.3	Finland	32
3.4	Hongarije	39
3.5	Nederland	42
3.6	Zweden	47
3.7	Europees Volksgezondheidsbeleid	50
4	Conclusies	55
	Literatuur	61
	Overzicht publicaties RVZ	71

Het preventieconcert

Samenvatting

Over de grens kijken is populair in de Nederlandse gezondheidszorg. Dat begon in de voorbije jaren negentig, toen het voormalige Oostblok zat te springen om kennis en ondersteuning en vele deskundigen als exportartikel die kant op gingen. Er kwam zelfs een man in Washington te zitten, omdat we dachten dat de Amerikanen wel iets van ons konden leren.

Dat we ook omgekeerd iets van het buitenland konden leren kwam niet zo op. Engeland had zijn armoedige National Health Service, Duitsland kwam bij ons kijken hoe ze de torenhoge kosten konden beteugelen en de Scandinavische landen deden het nauwelijks beter dan Nederland.

Bij het kijken over de grens kwam de nadruk al snel volledig op de stel-selaspecten te liggen. Kohll en Decker kregen onevenredig veel aandacht. Op andere aspecten hoefde niet zo gelet te worden. Met onze gezondheid ging het immers toch veel beter dan elders.

Daar kwam in 2000 verandering in. De Wereld Gezondheid Organisatie berichtte dat de Nederlandse gezondheidszorg er in internationale vergelijking niet zo florissant voorstond als we dachten. Op de wereldranglijst kwamen we pas op de vijfentwintigste plaats. In de jaren daarna kwamen berichten tot ons van met name het RIVM, dat de groei van onze volksgezondheid stagneerde en dat we gingen achterlopen bij de landen om ons heen.

Dat is niet zo zeer te wijten aan het slecht presteren van de gezondheidszorg, maar veeleer aan het ongunstiger worden van met name de leefstijldeterminanten van gezondheid. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg toonde in zijn advies Gezondheid en gedrag aan, dat met name de onbalans tussen energie-inname en lichamelijke activiteit op termijn grote consequenties voor de volksgezondheid, en daarmee ook voor de kosten voor de gezondheidszorg zal hebben.

Ook nu al nemen de kosten voor gezondheidszorg sinds enkele jaren weer exponentieel toe. Maar de maatregelen om deze kosten te beteugelen zijn tot nu toe vooral gericht op het reguleren van het gezondheidszorggebruik, en niet op het verminderen van de noodzaak om van die zorg gebruik te maken door gerichte preventie en een geïntegreerd gezondheidsbeleid.

Een andere ontwikkeling, die onze gezondheid in steeds sterkere mate gaat bepalen is de internationalisering. Steeds meer bedreigingen, met name op het terrein van de ‘emerging infections’ vragen de aandacht. Tegelijkertijd biedt deze internationalisering ook hele nieuwe mogelijkheden om de publieke gezondheid te bevorderen en te beschermen. Sommige gezondheidsproblemen kunnen zonder internationale samenwerking zelfs helemaal niet opgelost worden.

Van vele zijden wordt weliswaar het probleem onderkend, maar het komt maar moeilijk tot gecoördineerde actie. In de landen om ons heen hebben ze daarvoor een mooie term: ‘konzertierte Aktion’, ‘action concertée’, ‘concerted action’. De aanpak van publieke gezondheid is naar de stellige overtuiging van onze burens vooral te bereiken door een gemeenschappelijke inspanning van alle partijen: overheden, andere beleidssectoren, burgers, wetenschap, professionals, bedrijfsleven, gezondheidszorg, verzekeraars en andere maatschappelijke organisaties.

In een dergelijk preventieconcert kunnen alle noodzakelijke instrumenten worden ingezet. Soms kan volstaan worden met een klein kamerorkest om een overzichtelijk probleem te bespelen. Vaak is een volledige bezetting aangewezen, waarin iedereen zijn of haar partijtje meeblaast of –srijkt. Voor de echt grote stukken zal het orkest nog uitgebreid moeten worden met een koor of met internationale coryfeeën om het geheel goed te laten klinken. En dat alles onder leiding van een goede dirigent, waarbij uiteraard een vaste dirigent onontbeerlijk is, maar het spannend is af en toe een gastdirigent uit te nodigen.

Het gezondheids- en preventiebeleid in verschillende landen om ons heen heeft als gemeenschappelijk kenmerk, dat men binnen zijn eigen historische en organisatorische verhoudingen probeert een dergelijke ‘geconcerteerde actie’ tot stand te brengen. Dat gaat in landen met een overheidsgezondheidszorg ogenschijnlijk wat gemakkelijker en succesvoller, dan in landen met een sociaal verzekeringsstelsel voor de gezondheidszorg. Dit vooral omdat beslissingen over preventie en zorg rechtstreeks tegen elkaar kunnen worden afgewogen. Vooral in Finland heeft dat de afgelopen decennia tot goede resultaten geleid. Vaak is het in deze landen ook gemakkelijker om intersectoraal beleid te voeren, in ieder geval op nationaal niveau.

In landen met een sociaal verzekeringsstelsel is het nog moeilijker om tot harmonieus samenspel rond preventie te komen. De verzekeraars en ook de gezondheidszorg in die landen achten zich niet spontaan voor de publieke gezondheid verantwoordelijk en het verzekeringsstelsel bevat niet van nature incentives voor gezondheidsbevordering. In Duitsland probeert men nu via wetgeving deze wel aan te brengen.

Om iedereen zijn partijtje mee te laten blazen moet expliciet aandacht besteed worden aan de geïnvolveerdheid van alle betrokkenen. In Engeland wordt daar structureel aan gewerkt door in elke belangrijke beleidsstap een consultatieronde in te bouwen. Dat geeft betrokkenen gelegenheid zich over de nieuwe ideeën uit te spreken, voordat de plannen in concrete acties worden omgezet. Het vergroot de geïnvolveerdheid en het benodigde draagvlak.

Uitgaven voor gezondheidszorg en ook voor publieke gezondheid worden in het beleid in Nederland nog uitsluitend als verliespost gezien. De economische waarde van publieke gezondheid is de laatste tijd in andere landen weer erg in discussie, met name in voormalige Oostbloklanden zoals Hongarije. Met de stagnerende groei van de volksgezondheid wordt zo'n discussie ook voor Nederland relevant.

In de nieuwe Europese grondwet heeft de Europese Unie nadrukkelijk aandacht voor volksgezondheid. Een Europees 'Centre for Disease Control' gaat in Zweden van start. Een deel van de publieke gezondheid zal in de toekomst in internationaal verband worden ondernomen.

Op veel terreinen van publieke gezondheid heeft Nederland in het recente verleden de eerste viool gespeeld: intersectoraal, internationaal, in het verzamelen van gezondheidsdata. Behalve op het laatste terrein lijkt echter de wet van de remmende voorsprong gewerkt te hebben. Andere landen hebben van de Nederlandse ervaring en kennis gebruik gemaakt om zelf een stap verder te zetten. Dus kan Nederland nu weer van buitenlandse ervaringen leren om zijn publieke gezondheid beter te orkestreren.

1 Inleiding

Hoe de Public Health (PH) in andere landen is georganiseerd, is in Nederland maar beperkt bekend. Dat bleek bij de verschillende adviezen die de RVZ in de afgelopen vijf jaar op dit terrein heeft uitgebracht, zoals bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg (RVZ 1999), Gezond zonder zorg (RVZ 2000), Gezondheidsrisico's (RVZ 2001), Volksgezondheid en Zorg (RVZ 2001) en Gezondheid en gedrag (RVZ 2002). Aan de Raad worden ook vanuit het buitenland regelmatig vragen gesteld over de Public Health in Nederland.

Behoeftte aan kennis op dit vlak bestaat inmiddels ook breder bij de politiek en het beleid. Naar aanleiding van kamervragen bij de nota 'Langer gezond leven' heeft de Minister van VWS in begin 2004 toegezegd aan het RIVM te vragen bij de VTV 2006 naar Public Health-systemen in andere landen te kijken, om te zien of Nederland daarvan iets kan leren (TK 2004). De vraag naar deze vergelijking werd mede ingegeven door de in de VTV van 2003 gesignaleerde stagnatie van de (gezonde) levensverwachting in Nederland. Op verzoek van het Ministerie van VWS is aan de ambassade in Washington gevraagd om het Public Health-systeem van de Verenigde Staten te bestuderen om te bezien wat Nederland daarvan kan leren.

Ook in internationaal verband is er behoefte aan een dergelijk overzicht. In een lezing op het EUPHA-congres (20-22 november 2003) betoogde Mark McCarthy, President of the EUPHA Section on Public Health: "In Europe we have a diversity of public health practice based on different historic traditions of public administration (both legal differences in responsibilities and financing of health and other services). This is not the case for other areas of medical practice, where there is already exchange of knowledge on practice. Probably the main reason for lack of convergence in public health practice is that there are no market incentives."

In het adviesprogramma van de RVZ 2005 is het onderwerp Publieke Gezondheid (in internationaal perspectief) geagendeerd. Dit signalement is een eerste stap om de kennislacune te dichten voor deze toekomstige advisering door de RVZ. In verband met dit voorbereidende karakter wordt in dit signalement al zo veel mogelijk de term Publieke Gezondheid (PG) gehanteerd voor de Public Health.

1.1 Internationale vergelijkingen

Het ontbreken van deze kennis is des te opmerkelijker omdat in de afgelopen decennia een grote stroom van internationaal vergelijkende studies

naar gezondheidszorgsystemen op gang is gekomen. Belangrijkste redenen voor het ondernemen van deze studies zijn enerzijds het vraagstuk van kostenbeheersing en het zoeken naar meer efficiëntie in de zorg en anderzijds het vinden van 'best practices' in andere landen. Voor de PG zijn deze redenen tot nu toe ogenschijnlijk niet belangrijk genoeg geweest.

Daarbij moet worden opgemerkt, dat op onderdelen van de PG wel internationale vergelijkingen bestaan, zoals op het gebied van health promotion en de 'intersectoral health policy'. Ook bestaat er een aantal beperkte algemene vergelijkingen (European Commission 1997, Bolt 2004), dat meer het karakter heeft van een quick-scan. Een poging tot een meer systematische vergelijking is recent ondernomen door Gericke en Busse (Gericke 2004). Daarbij constateren zij:

“Die gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung variiert erheblich zwischen Ländern innerhalb und außerhalb Europas, selbst wenn diese vergleichbare nationale Einkommen und Lebensstandards aufweisen. Dies liegt zum einen an Unterschieden in der Prävalenz von Krankheiten und Risikofaktoren zwischen einzelnen Ländern und Ländergruppen, die eine dementsprechend andere Schwerpunktsetzung verlangen. Zum anderen sind gerade in der Gesundheitspolitik viele entscheidungen nur in ihrem historischen und kulturellen Zusammenhang zu verstehen und nicht auf die biowissenschaftlich relevanten Fragen wie Epidemiologie und Effektivität der Maßnahmen zurückzuführen. Eine besondere Bedeutung kommt hier den unterschiedlichen Institutionen und Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen und der damit verbundenen Aufgabenteilung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zwischen diesen zu.”

(...) Die üblichen Limitierungen bei vergleichenden Betrachtungen zwischen Ländern mit unterschiedlichen Datenquellen treffen für diese Untersuchung ebenfalls zu. (...) Zudem liegen für viele Länder und Erkrankungen keine zuverlässigen oder vergleichbaren Daten zu Krankheitsinzidenz oder -prävalenz vor.” (ibid. p. 355-7)

Gericke en Busse beperken zich in hun studie dan ook tot een drietal onderwerpen, waarvoor zij vergelijking mogelijk achten: verkeersongevallen, screening op cervixcarcinoom, en voorkomen van complicaties van diabetes. De beperkingen die zij aangeven gelden ook voor de studie in dit signalement.

Het valt buiten het bestek van deze achtergrondstudie om een overzicht te geven van alle internationaal vergelijkende studies van gezondheidszorgsystemen. Wel is het goed de belangrijkste te noemen, met name de studies met een meer permanent karakter. Daarbij is vooral bekeken, in hoeverre deze vergelijkingen ook aandacht besteden aan PG.

Een meer omvangrijke studie is verricht door Raffel. Daarin zijn de gezondheidszorgsystemen van 14 landen vergeleken met per land wisselende, maar over het algemeen ruime aandacht voor de PG (Raffel 1984). Maar het gaat daarbij uiteraard om sterk verouderde gegevens. Zo is de NHS sinds die tijd al zeker vier keer gereorganiseerd, en is Rusland inmiddels een ander land geworden. In 1997 heeft Raffel zijn exercitie herhaald met 10 landen, waaronder wederom Nederland, met ook weer aandacht voor de PG (Raffel 1997).

Uit hoofde van haar functie heeft de World Health Organization (WHO) van meet af aan statistische gegevens over de gezondheid en gezondheidszorg in de aangesloten landen verzameld en vergelijkenderwijs gepubliceerd. Dit heeft er eind negentiger jaren toe geleid dat vanuit de Regional Office WHO Europe in samenwerking met de regeringen van een aantal Europese landen en een aantal andere instanties de *European Observatory on Health Care Systems* is opgezet. Hieruit is een grote, steeds geactualiseerde database over de gezondheidszorg van de Europese en andere westerse landen voortgekomen. Maar hierin zijn de gegevens over de Public Health schaars en niet gesystematiseerd, zodat van enige vergelijkbaarheid nog geen sprake is. Wel zijn er vanuit de Observatory gerichte studies gedaan, waarin tussen Public Health-systemen vergeleken wordt (zie o.a. McKee 2004). Zo heeft in 2002 de Observatory in opdracht van de Wanless-commissie in het Verenigd Koninkrijk een vergelijkende studie uitgebracht zonder specifieke aandacht voor de PG, maar wel voor het algemene gezondheidsbeleid (European Observatory 2002). Daarnaast is ten behoeve van het Wanless-report (zie verder paragraaf 3.2) een vergelijkende studie verschenen naar besluitvorming rond de publieke gezondheid in acht landen. Een belangrijke bevinding is daarbij:

“It has been noted that countries with Social Health Insurance models of funding have less comprehensive national public health activities than those with tax-funded systems. This discrepancy relates to initial focus of each system. While social insurance funds initially would have been responsible for a population defined on the basis of membership of the fund, health authorities were responsible for a population in a geographical area. This focus in tax-funded systems led health authorities to adopt a population approach, creating links with other sectors that influence health, while the social insurance funds adopted more of an individual perspective.” (Allin 2004)

De WHO zelf heeft ook met enige regelmaat vergelijkende studies gepubliceerd, met name in haar jaarlijkse rapporten over de wereldgezondheidssituatie. Bekend is met name het vergelijkende jaarrapport van 2000, dat ook in Nederland veel stof deed opwaaien (WHO 2000). In

deze studie kwam Nederland in het landenklassement tegen de tot dan toe gangbare opvatting in pas op de 25^{ste} plaats.

Dit was voor het Ministerie van VWS aanleiding aan het RIVM te vragen de bevindingen nader te analyseren, mede ook omdat uit rapporten van het SCP en de OECD in datzelfde jaar overeenkomstige geluiden naar voren kwamen. Het RIVM kwam tot de conclusie, dat de verbetering van de volksgezondheid in Nederland wel degelijk stagneerde in vergelijking met andere landen, maar dat dit niet zo zeer het gevolg was van het slecht functioneren van de gezondheidszorg, maar van verslechterende leefstijldeterminanten (Kramers 2001). Ook naar aanleiding van het rapport verrichte het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam in opdracht van het ministerie van VWS een vergelijkende achtergrondstudie naar *Integrated care* ten behoeve van de nota 'Vraag aan bod' (Delnoij 2001).

Bij de samenwerking binnen de Observatory zijn naast regeringen ook wetenschappelijke instituten en banken betrokken. De aanwezigheid van deze laatsten is enigszins verrassend, maar niet helemaal onverwacht. Al bij de politieke veranderingen eind tachtiger jaren in Oost Europa bleek de belangstelling van onder andere de Wereldbank voor de Public Health en de gezondheidszorg in deze landen groot. Dit zowel vanuit het idee, dat hier heel nieuwe gezondheidszorgmarkten braak lagen, als vanuit het inzicht dat voor de opbouw van een gezonde (markt)economie een goede gezondheid van de (beroeps)bevolking essentieel is (World Bank 1993 en 2002).

Recent is dit inzicht ook doorgedrongen bij de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) (Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)). In 2001 werd vanuit deze organisatie het OECD-Health-project gestart, dat inmiddels een grote stroom van vergelijkende studies naar de gezondheid en de gezondheidszorg van de deelnemende landen heeft opgeleverd. Opvallend is daarbij, dat de twee principes van de ontwikkeling van gezondheidszorgmarkten en het tot stand brengen en houden van een gezonde (beroeps)bevolking ten behoeve van een gezonde economie niet alleen worden toegepast op zich ontwikkelende landen, maar ook op reeds ontwikkelde landen.

Vanuit wetenschappelijke richting worden binnen de Health Services Research steeds meer onderzoeksactiviteiten gericht op het vergelijken van totale gezondheids(zorg)systemen. Daarbij worden grote datasets van allerlei factoren die op de gezondheid van invloed kunnen zijn via statistische analyse met ziekte en sterfte in verband gebracht. In de achtergrondstudie bij het advies Volksgezondheid en Zorg zijn daar indertijd (2001) voorbeelden van gegeven (RVZ 2001b). Nieuwere onderzoeken op dit

terrein maken niet langer gebruik van ongelimiteerde datasets, maar richten zich vooral op de invloed van erkende gezondheidsdeterminanten op wat genoemd wordt ‘amenable morbidity and mortality’. Dat wil zeggen: ziekte en sterfte, die beïnvloed kunnen worden door gezondheidszorg en -beleid. Een recent voorbeeld is de studie van Nolte (Nolte 2004).

Deze studie naar internationale vergelijking van publieke gezondheid is niet volgens deze methodiek opgezet maar meer beschrijvend van aard. Getracht wordt langs die weg inzicht te verkrijgen over de volksgezondheidsproblemen, waar Europese landen mee kampen, en over de oplossingsrichtingen die men daarbij in het gezondheidsbeleid nastreeft.

1.2 Vragen

Dit signalement is een vergelijkende studie naar public health-systemen in een aantal relevante Europese landen: Duitsland, Engeland, Finland, Hongarije, Nederland en Zweden. De gegevens van deze landen worden in beschouwing genomen om een antwoord te krijgen op de volgende vragen:

1. Welke mate van integratie van publieke gezondheid met de gezondheidszorg bestaat er in de betreffende landen?
2. In hoeverre heeft het gezondheidsbeleid een intersectoraal karakter?
3. Op welke terreinen van de PG wordt in Europees en internationaal verband samengewerkt?

Deze vragen zijn mede afgeleid uit de beknopte analyse van de belangrijkste problemen waar het Nederlandse PG-beleid momenteel voor staat (zie verder hoofdstuk 2). De vragen worden beantwoord in hoofdstuk 4. Het voorlopige antwoord op deze vragen moet een bijdrage leveren aan de voorbereiding van het komende advies van de RVZ over Publieke Gezondheid en het daarop mede gebaseerde toekomstige beleid van VWS.

1.3 Vraagstellingen per land

In het onderzoek dat aan dit signalement ten grondslag ligt worden voor genoemde landen de volgende vragen beantwoord:

1. Hoe is de PG georganiseerd, en welke historische en beleidsmatige factoren liggen aan deze organisatievorm ten grondslag?
2. Welke mate van integratie van gezondheidszorg en PG bestaat er?
3. In welke mate heeft het gezondheidsbeleid een meer of minder intersectoraal karakter en is het facetbeleid uitgebouwd?
4. In welke mate is het gezondheidsbeleid gericht op internationalisering?

5. Wat kan gezegd worden over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de public health-activiteiten, in uitkomstmaten voor de volksgezondheid?

De vragen worden voor de afzonderlijke landen beantwoord in hoofdstuk 3. Daarnaast zal in een aparte paragraaf aandacht besteed worden aan de ontwikkeling van het Public Health-beleid van de Europese Unie.

1.4 Definitie en domeinafbakening

Tot hier toe zijn de termen Public Health en Publieke Gezondheid door elkaar gebruikt. Voor de term ‘Publieke Gezondheid’, die tot nu toe in Nederland niet zo gebruikelijk is, is gekozen, omdat het Ministerie van VWS zijn adviesaanvraag onder deze titel heeft gesteld. Vooralsnog is deze term niet nader gedefinieerd. Dat zal in het komende advies gebeuren.

Voor de term ‘Public Health’ bestaan zeer uiteenlopende definities. Aan de ene kant van het spectrum staat een zeer brede definitie, waarbij eigenlijk alle maatschappelijke activiteiten rond gezondheid binnen het domein vallen, dus inclusief de hele gezondheidszorg. Aan de andere kant staat een zeer smalle definitie, waarbij de PH beperkt wordt tot de uitvoerende activiteiten op dit terrein van de overheid. Een internationaal algemeen aanvaarde definitie luidt:

“Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society” (Acheson Committee Report, 1988).

Voor de studie in dit signalement omvat de Publieke Gezondheid de domeinen:

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

De ambulancezorg en de hulpverlening bij grote ongevallen en rampen, die door sommigen ook vaak tot de PG worden gerekend, worden in de studie buiten beschouwing gelaten. Deze zijn recent nog onderwerp geweest van advisering en studie door de RVZ. Ook de bijdrage van de publieke gezondheid aan de toegang, kwaliteit, effectiviteit en veiligheid van de gezondheidszorg blijft buiten beschouwing.

In het signalement wordt gesproken over integratie van PG en gezondheidszorg, waarmee wordt bedoeld op de mate waarin PG-activiteiten door de reguliere gezondheidszorg worden ondernomen. Dit kan zijn op programmatische gronden, zoals in Nederland het uitstrijkje en de griepvaccinatie, maar ook kunnen beroepsbeoefenaren binnen de gezondheidszorg zelf het initiatief nemen tot preventieve activiteiten, als onderdeel van een goede beroepsuitoefening.

Daarnaast wordt aandacht besteed aan het intersectoraal karakter van het PG-beleid, in Nederland vaak aangeduid met facetbeleid. Daaronder wordt verstaan, dat ook in andere beleidssectoren aandacht besteed wordt aan gezondheid en de determinanten daarvan, en dat er afstemming plaatsvindt tussen het beleid van deze sectoren met het gezondheidsbeleid, zoals bijvoorbeeld met het arbeidsbeleid.

Tenslotte gaat de belangstelling in deze studie vanzelfsprekend uit naar de noodzaak van internationalisering van het PG-beleid. Daarbij kan het zowel gaan om de vraag of een aantal onderwerpen van PG-beleid beter op internationaal niveau behartigd kan worden, als om de vraag tot welke nieuwe PG-problemen het toegenomen internationaal verkeer en de internationale handel kunnen leiden.

1.5 Werkwijze

De studie ten behoeve van dit signalement is verricht door:

- Het verzamelen en verwerken van relevante wetenschappelijke en beleidsmatige literatuur;
- Deelname aan het uitwisselingsprogramma 'European Health Executive', dat met de zes genoemde landen gehouden is tussen januari 2004 en november 2004, waarbij een groot deel van de geformuleerde vraagstellingen in discussie is geweest;
- Het bestuderen van de verdere ontwikkeling van het PH-beleid van de EU om te bepalen, welke Europese samenwerking op dit terrein ontstaat en noodzakelijk is en welke harmonisatie wordt nagestreefd en gerealiseerd.

Vorbereidende werkzaamheden voor het signalement zijn verricht door stagiaire M. de Soet, student BMG van de Erasmus Universiteit Rotterdam (De Soet 2004). De studie is per 28 februari 2005 afgesloten.

2 Probleemverkenning

2.1 Stagnerende gezondheidswinst

Zoals al aangegeven komt Nederland met een stagnerende groei van de Volksgezondheid. Dit werd voor het eerst aangegeven in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (RIVM 1997) en verder uitgewerkt in de VTV 2002 (RIVM 2002). Daarbij werd duidelijk dat deze stagnatie niet zo zeer te wijten is aan een performancecrisis van de Nederlandse gezondheidszorg, maar vooral aan een sterke verslechtering van de leefstijldeterminanten van de volksgezondheid. Ook spelen nieuwe, externe gezondheidsrisico's een rol.

In eerdere adviezen heeft de RVZ dit nader uitgewerkt. In het advies Gezondheidsrisico's heeft de Raad gewezen op nieuwe externe gezondheidsrisico's, die een actief, internationaal Public Health-beleid noodzakelijk maken (RVZ 2001a). Daarnaast heeft de Raad geanalyseerd, dat leefstijlfactoren sterk bepalend zullen zijn voor de toekomstige gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Met name het groeiende overgewicht en de snel toenemende aantallen van mensen met diabetes baren grote zorgen (RVZ 2002). Dit vraagt om een krachtig, intersectoraal en internationaal gezondheidsbeleid. Maar ook de gezondheidszorg zou nog een substantiële bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de volksgezondheid (RVZ 2001b).

2.2 Verslechterende gezondheidsdeterminanten

De gesignaleerde verslechtering van leefstijldeterminanten en de nieuwe externe gezondheidsrisico's hebben niet alleen invloed op de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking, maar indirect ook op allerlei andere belangrijke aspecten van de Nederlandse samenleving en economie.

Zo zal de toekomstige vraag naar curatieve gezondheidszorg en de toekomstige zorgbehoefte sterk door deze verslechterende gezondheidstoestand beïnvloed worden. En dus zullen ook de toekomstige kosten van de gezondheidszorg in sterke mate door deze ontwikkeling bepaald worden (zie verder 2.3).

Ook de toekomstige arbeidsgeschiktheid en -ongeschiktheid kunnen door de verslechtering van de leefstijlfactoren in negatieve zin beïnvloed worden. Dat geldt ook voor de voornemens om de beroepsbevolking in de toekomst langer te laten werken. Over het algemeen wordt er van uitgegaan, dat men langer aan het arbeidsproces kan deelnemen, omdat de

levensverwachting nog steeds stijgt. Maar de groei van de gezonde levensverwachting, die in sterke mate de arbeidsgeschiktheid boven de 60 jaar bepaalt, groeit nauwelijks. Daardoor kunnen de plannen voor het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd op onterechte aannames berusten.

Een verbetering van de leefstijldeterminanten vraagt niet alleen een sterker beroep op de eigen verantwoordelijkheid, maar zal ook de toekomstige consumptiepatronen van de bevolking sterk moeten doen wijzigen. De economie zal hierop in moeten spelen en met name een ander patroon van voedings- en genotmiddelenaanbod moeten ontwikkelen. Gezien de sterke invloed van de lichamelijke activiteit zullen ook vervoerssystemen en patronen van vrijetijdsbesteding sterk moeten wijzigen. Samengevat zullen de verslechterende leefstijldeterminanten en met name ook de verbetering daarvan een grote invloed hebben op de inrichting en het functioneren van de economie en de samenleving.

2.3 Kostenexplosie gezondheidszorg

Er zijn verontrustende signalen, dat de kosten voor de gezondheidszorg structureel al jaren sterker stijgen dan de economische groei. Dat legt een steeds zwaardere druk op de economische en politieke prioriteitstelling, waarbij de gezondheidszorg niet alleen concurrerend is ten opzichte van andere sectoren ten aanzien van de financiële middelen, maar vooral ook concurrerend op de arbeidsmarkt. (RVZ 2003). Dit is géén geïsoleerd Nederlands fenomeen, maar doet zich nagenoeg in alle westerse landen in meerdere of mindere mate voor.

In de internationale discussies over de meest gewenste ontwikkeling van de gezondheidszorg is de laatste jaren de nadruk volledig komen te liggen op dit aspect van kostenbeheersing. Daarbij gaat het niet alleen om de directe besparingen, die kunnen helpen om de huidige economische crisis te verzachten, maar ook om de zorgen over het lange termijnperspectief. Veel van de huidige bezuinigingsmaatregelen in Nederland, maar ook in ons omringende landen als Frankrijk en Duitsland worden met name beargumenteerd met een beroep op het idee, dat alleen zo de gezondheidszorg op langere termijn betaalbaar kan worden gehouden.

Dit is des te opvallender, omdat we ook in Nederland een lange periode van economische groei en optimisme achter de rug hebben, waarin noch de actuele kosten, noch de kosten en betaalbaarheid van de gezondheidszorg op de langere termijn zorgen baarden. Zelfs was er sprake in deze periode van een zekere aanmoediging tot consumentisme als parallelverschijnsel bij de roep om meer marktwerking en meer vraaggestuurde zorg.

In deze periode (1998-2002) groeide de jaarlijkse stijging van de kosten voor gezondheidszorg dan ook explosief van 2,4 tot 8,8% (RVZ 2003). Toen dit duidelijk werd en tegelijkertijd een langere periode van economische stagnatie intrad, werden de zorgen over de kostenstijgingen weer actueel. Dat betekent ook dat de aandacht voor consumptiebeperkende maatregelen weer sterk toenam, met als voorlopig hoogtepunt de invoering van een no-claimsysteem in de nieuwe ziektekostenverzekering.

Opvallend is daarbij dat niet naar andere mogelijkheden gekeken wordt om het beroep op de gezondheidszorg te verminderen en daarmee ook het probleem van de kostenexplosie te tackelen. Een gerichte preventiestrategie zou immers in ieder geval voor de langere termijn het kostenvraagstuk van de gezondheidszorg op beslissende wijze kunnen beïnvloeden.

Maar ook andere momenteel belangrijk geachte maatschappelijke vraagstukken zouden veel baat kunnen hebben bij een dergelijke gerichte strategie. Zo zou het al sinds jaar en dag de politieke agenda bezwarende WAO-dossier mogelijk aanmerkelijk verlicht kunnen worden met een goede preventiestrategie. Ook de sinds kort cruciaal geachte beleidslijn van een langer arbeidzaam leven zou realistischer worden, wanneer de bevolking meer jaren in goede gezondheid door zou kunnen brengen. Dit kan alleen bereikt worden met een effectieve gezondheidsbevordering.

2.4 Internationalisering Public Health

Tot nu toe is het Nederlandse gezondheidsbeleid op enkele uitzonderingen na maar in beperkte mate internationaal georiënteerd geweest. Ook is er nauwelijks sprake van convergentie en harmonisatie van de Public Health-systemen in Europa. Deze beperkte internationalisering en convergentie is des te opvallender, omdat in het kader van de Europese Unie sinds het verdrag van Maastricht vastgelegd is dat Public Health steeds meer een zaak aan het worden is van grensoverschrijdende activiteiten. Externe gezondheidsbedreigingen, die ook de economie in grote mate kunnen schaden, dienen zich in een steeds hoger tempo aan. Dat pleit enerzijds voor internationale samenwerking op dit terrein, anderzijds voor een zekere afstemming van Public Health-systemen en gezondheidsbeleid.

Bij de toekomstige advisering over de PG zal deze internationale afstemming en harmonisatie één van de te verkennen oplossingsrichtingen vormen. Daarvoor is het noodzakelijk de mogelijkheden van de omliggende landen goed te kennen en tevens om in te kunnen schatten in hoeverre niet-optimale PG-systemen in EU-landen potentiële bedreigingen voor Nederland en de rest van Europa kunnen inhouden.

3 Landenbeschrijving

3.1 Duitsland

1. Hoe is de PG in Duitsland georganiseerd, en welke historische en beleidsmatige factoren liggen aan deze organisatievorm ten grondslag?

In Duitsland wordt de historische ontwikkeling van de gezondheidszorg vooral bepaald door de vroege invoering van collectieve ziektekostenverzekeringen. Daardoor was een goed toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen al vroeg gerealiseerd, wat in de naoorlogse periode weinig verdere overheidsbemoeyenis met de volksgezondheid noodzakelijk maakte. In de ziektekostenverzekering is ook een groot aantal artikelen (paragrafen) opgenomen, dat betrekking heeft op preventie.

Een tweede historische ontwikkeling van belang voor de organisatie van de gezondheidszorg en de publieke gezondheid is gelegen in de dubieuze bemoeyenis van het Nazi-regime met gezondheid, waarbij overheidsbemoeyenis met gezondheid volledig gecorrumpeerd was. Saillant is bijvoorbeeld, dat er in Nazi-Duitsland uitgebreide anti-rookprogramma's bestonden, terwijl nu Duitsland tot de grootste remmers behoort in het Europese tabaksbeleid. Een oorzakelijk verband tussen deze twee feiten kan natuurlijk niet gelegd worden, maar een algemene huiverigheid ten aanzien van overheidsbemoeyenis met de volksgezondheid zou wel eens in dit kwalijke verleden kunnen wortelen. De Sociale Geneeskunde heeft in Duitsland na de tweede wereldoorlog lange tijd een achterstand gehad, vanwege de connotatie van de naamgeving met de besmette sociale hygiëne uit de twintiger en dertiger jaren.

Een derde factor die ten grondslag ligt aan de huidige organisatie van de publieke gezondheid is gelegen in de federale staatsvorm van Duitsland. Alleen hoofdzaken en hoofdlijnen op het gebied van de publieke gezondheid en het gezondheidsbeleid liggen bij de federale regering (Busse 2004). In Duitsland richt zich de federale bemoeyenis vooral op de verankering van de publieke gezondheid in de sociale zekerheidswetgeving (Sozialgesetzbuch = SGB). Daarbij is een aantal zaken opvallend.

Zo is in deel V van het SGB dat over de wettelijke ziektekostenverzekering (Gesetzliche Krankenversicherung) gaat, in paragraaf 20 (primaire) preventie en zelfhulp opgenomen. Voor deze preventie en zelfhulp moeten de verzekeraars (Krankenkassen) per verzekerde een vast bedrag besteden. In 2003 was dat 2,66 Euro. De acht brancheorganisaties van de Krankenkassen bepalen in overleg met een onafhankelijke adviesraad (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)

en met een groot aantal andere bij preventie betrokken instanties, hoe de activiteiten programmatisch worden ingevuld worden. Mede op advies van deze raad hebben de Krankenkassen in 2003 de volgende prioriteiten gekozen:

- Bestrijden bewegingsarmoede;
- Gezonde voeding;
- Stressreductie;
- Omgaan met genotmiddelen. (Arbeitsgemeinschaft 2003)

Deze prioriteiten voor gezondheidsbevordering moeten met name gestalte krijgen in drie 'settings': de school, de familie/gemeenschap, en de arbeidsplaats. Dat laatst is voor de Duitse situatie vooral ook vanzelfsprekend, omdat deze primaire preventie aanvullend moet zijn op de wettelijke arbeidsbescherming. Krankenkassen zijn namelijk ook verantwoordelijk voor de uitkering bij ziekte en hebben dus een dubbel belang bij gezondheidsbevordering op de arbeidsplaats.

Behalve § 20 hebben ook een groot aantal andere paragrafen van SGB V betrekking op preventieve activiteiten in de gezondheidszorg. Zo gaan § 21 en 22 over tandheelkundige preventie, § 23 over de algemene preventieve activiteiten van artsen, waaronder vaccinaties, § 24 over de prenatale zorg, § 25 en 26 over de secundaire preventie (Früherkennungsuntersuchungen), en § 41 en volgende over tertiaire preventie. Daarnaast zijn ook in andere boeken van het Sozialgesetzbuch preventieve artikelen terug te vinden, zoals in de werkgelegenheidsbevordering (SGB III), de pensioenverzekering (SGB VI), de wettelijke ongevalverzekering (SGB VII), de kinder- en jeugdhulp (SGB VIII), de arbeidsreïntegratie (SGB IX), en de sociale verplegings- en verzorgingsverzekering (SGB XI) (Walter 2003).

2. Welke mate van integratie tussen de gezondheidszorg en de PG bestaat er in Duitsland?

Op het eerste gezicht bestaat er in Duitsland een vrij strikte scheiding tussen de gezondheidszorg en de openbare gezondheidszorg. De PG in meer strikte zin valt onder de verantwoordelijkheid van de 16 Bundesländer en wordt uitgevoerd door 360 centra. Van daaruit worden het toezicht op voedsel en medicijnen en het milieu uitgeoefend en vindt de gezondheidscontrole van schoolkinderen plaats. Naast de preventie via gerichte gezondheidsbevordering binnen de ziektekostenverzekering, doen ook deze centra aan gezondheidsvoorlichting.

Sinds de vijftiger jaren is het gezondheidsbeleid erop gericht geweest zo veel mogelijk preventieve taken naar de gezondheidszorg over te hevelen. Zo worden bijvoorbeeld de vaccinaties door zelfstandig gevestigde artsen

verricht en uitonderhandeld tussen Krankenkassen en artsenorganisaties volgens § 23 SGB V (Bolt 2004).

Deze overheveling had maar in beperkte mate een positieve motivering: “Während die Ärzteschaft ihre Position gegenüber den Kassen ausbauen konnte, wurde das öffentliche Gesundheitswesen in seinen Kompetenzen stark beschnitten und gab immer mehr Aufgabenbereiche an die niedergelassenen Ärzte ab. Anfang der fünfziger Jahre gab es noch Versuche, dem öffentlichen Gesundheitswesen verstärkt sozialmedizinische und fürsorgerische Aufgaben zuzuschreiben. Insbesondere das von der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums entwickelte “Gesetz für vorbeugende Gesundheitsfürsorge” sollte den Gesundheitsämtern die Prophylaxe für Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder zuweisen. Allerdings scheiterte dieses Gesetz bereits innerhalb des Ministeriums an der Furcht vor einer vermeintlichen Nähe zu autoritärer “Staatsmedizin” sowie an rechtlichen Problemen. Die Prophylaxe für Schwangere und Säuglinge ging schließlich 1965 bzw. 1971 durch andere Gesetze in die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung über und gehörte nun zum Arbeitsbereich der freien Ärzteschaft. Das öffentliche Gesundheitswesen wurde in den fünfziger und sechziger Jahren weitgehend in seiner präventiv-medizinischen und sozialen Aufgaben beraubt und im Wesentlichen auf kontrollierende und gutachterliche Tätigkeiten beschränkt.” (Lindner 2003)

Van oudsher bevat het verzekerde pakket ook een aantal meer preventief gerichte activiteiten, die in Nederland niet gebruikelijk zijn. Zo kent men volgens § 41 SGB V de verstrekking “Müttergenesungskur”, die kan worden voorgeschreven door artsen bij (dreigende) overbelasting van – alleenstaande – moeders, waarbij moeder en kind(eren) gedurende drie weken worden opgevangen en vertroeteld in een Kurort. Dergelijke preventieve activiteiten staan in de huidige gezondheidszorghervorming wel onder druk, maar mogelijke verwijdering uit het pakket stuit op grote maatschappelijke weerstanden (Seewald 2002).

Er bestaat een duidelijke tendens binnen de Duitse gezondheidszorg om moderne vormen van preventie, zoals regelmatige bloeddruk- en cholesterolcontrole, met de daarbij behorende preventieve medicatie, en opportunistische MRI-screening aan de bevolking aan te bieden. In deze ontwikkelingen is men minder terughoudend dan in Nederland. Zo werd in Heidelberg bij 80% van de algemene bevolking regelmatig de bloeddruk gecontroleerd en bij 53% het cholesterol. Maar bij nog geen 13% van de rokers werden echter anti-rookadviezen gegeven (Pardell 2001).

Präventionsgesetz

De gezondheidszorg speelt dus een belangrijke rol bij de PG, maar wel op een zeer versnipperde en ondoorzichtige wijze. Daarom wordt in beleidsstukken en beschouwingen over preventie in Duitsland voortdurend gesproken over ‘Zersplitterung, Koordinierung, Konzertierung, Vernetzung, Transparenzdefizit’ etc. Daaruit blijkt dat de behoefte aan een daadwerkelijke integratie van gezondheidszorg en PG, ondanks de ogenschijnlijk goede wettelijke uitgangspositie, nog steeds groot is.

Ook de politiek heeft dit onderkend. De huidige Minister van Gezondheid Ulla Schmidt heeft in 2001 al voorgesteld de ingewikkelde en versnipperde preventiewetgeving samen te bundelen in een nieuwe preventiewet (Präventionsgesetz). Het bleek niet mogelijk om dit al bij de gezondheidshervorming van 2002 te realiseren. Dit heeft zowel te maken met het grote aantal betrokkenen en regelingen op het gebied van de PG, als met het moeizame proces om verantwoordelijkheden te regelen tussen de federale overheid en de Bundesländer.

In mei 2004 heeft het Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung een ‘Nationale Aufgabe Prävention’ uitgebracht. Daarin wordt geconstateerd:

“Bedeutung und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention müssen in vielen gesellschaftlichen Bereichen stärker als bisher zur Geltung kommen, und zwar sowohl bei den Beteiligten des Gesundheitswesens und den Verantwortlichen anderer Politikbereiche als auch bei den Bürgerinnen und Bürgern selbst.” (Bundesministerium 2004).

Het ministerie stelt voor een stichting voor preventie en gezondheidsbevordering op te laten richten, onder toezicht van de federale overheid. Deze stichting zou naast de 250 miljoen euro, die nu al door de verschillende uitvoeringsorganen van de sociale zekerheid aan preventie worden besteed van de centrale overheid 140 miljoen euro extra te besteden krijgen.

Momenteel zijn de voorstellen druk in bespreking in de verschillende betrokken gremia. De Krankenkassen vrezen uiteraard dat hun thans bestaande mogelijkheden tot besteding van gelden zullen worden ingeperkt. Maar de grootste weerstand lijkt te komen van de Bundesländer. In een besluit van de gezondheidsministers van de ‘Länder’ van 17/18 juni 2004 wordt gesteld:

- Mindestens 40% der Gesamtmittel zur Finanzierung gemeinsamer, kassenübergreifender Projekte auf Landes- und Regional-/Kommunalebene zu verwenden; die Länder werden ermächtigt, das Verfahren landesspezifisch zu regeln;
- Mindestens 40% der Gesamtmittel verbleiben zur originären

Verwendung der gesetzlichen Krankenkassen (und gegebenenfalls weiterer Sozialversicherungsträger);

- Die verbleibenden bis zu 20% der Gesamtmittel können der Finanzierung bundesweiter Aktivitäten und der Erfüllung der auf Bundesebene wahrnehmenden Aufgaben dienen (Gesundheitsministerkonferenz 2004).

Duidelijk is dat er nog harde politieke noten te kraken zijn voor de preventiewet er is. Het wetsontwerp is 2 februari 2005 ingediend en leidde onmiddellijk weer tot forse protesten van de werkgevers en de Krankenkassen (Viel 2005). Voorlopig wordt gemikt op invoering per 1 juli 2005.

3. In welke mate heeft het gezondheidsbeleid in Duitsland een meer of minder intersectoraal karakter en is het facetbeleid uitgebouwd?

De termen 'facetbeleid' en 'gezondheidseffectscreening' kennen geen Duitse equivalenten. Daarover kon dan ook geen Duitse literatuur gevonden worden. Dat maakt het moeilijk te beoordelen, hoe intersectoraal het gezondheidsbeleid is. Maar geconstateerd wordt: "Die *Vernetzung* der einzelnen politischen Ressorts (Arbeit, Finanzen, Bildung, Wissenschaft etc.) unter der Leitidee Gesundheitsförderung oder Gesundheitsverträglichkeit politischer Massnahmen hat sowohl international als auch national keine Priorität. Dies ist nicht allein ein Ergebnis der Nachrangigkeit von Gesundheitspolitik, z.B. gegenüber Strukturfragen der Wirtschaftspolitik; es ist auch eine Herausforderung für die Implementation des Gesundheitsgedankens in die Gesellschaftspolitik ("Investitionen für die Gesundheit")." (Brösskamp-Stone 1998)

Het feit dat ook in andere wetgeving op het terrein van de sociale zekerheid aan preventie en gezondheidsbevordering gedaan wordt, zou op zich gezien kunnen worden als een zekere mate van intersectoralisering van het gezondheidsbeleid. In ons land is met name de emeritus hoogleraar Sociale Geneeskunde Post sinds jaar en dag pleitbezorger van integratie van de sociale zekerheid voor arbeid en gezondheid (D. Post 2004). De beschreven versnippering die dat met zich mee brengt lijkt deze conclusie echter voorbarig te maken. Mogelijk dat de preventiewet aan een werkelijk intersectoraal PG-beleid gaat bijdragen. In het voornemen voor deze wet staat het intersectorale karakter van het gezondheidsbeleid immers uitdrukkelijk genoemd. Maar gezien de problemen om binnen het domein van gezondheidszorg en PG in strikte zin de zaken op elkaar af te stemmen, zal echt intersectoraal beleid nog wel op de nodige obstakels stuiten.

4. In welke mate is het gezondheidsbeleid in Duitsland gericht op internationalisering?

Duitsland is in zijn gezondheidsbeleid maar in beperkte mate internationaal georiënteerd. Zo heeft Duitsland nooit de doelstellingen van het WHO Health for all in een eigen programma vertaald. Ook de oriëntatie op het Europese Public Health-beleid is beperkt. In de aanpassing van het Europese tabaksbeleid heeft Duitsland op zijn zachts gezegd niet voorop gelopen.

Mogelijke verklaring voor de beperkte internationale oriëntatie zou gelegen kunnen zijn in de grootte en de federale staatsvorm van Duitsland. Vanuit de Bundesländer gezien is Duitsland zelf al een bovennationale overkoepeling. Maar in de discussies over de vernieuwing van de preventie wordt door sommigen wel gewezen op het nut van goede buitenlandse voorbeelden (Arbeitsgruppe 2004).

5. Wat kan gezegd worden over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de public health-activiteiten in Duitsland, in uitkomstmaten voor de volksgezondheid?

De levensverwachting ligt in Duitsland ongeveer op het Nederlandse niveau, al is er in de afgelopen jaren wel een forse inhaalslag gemaakt in de voormalige Oostduitse Länder (Busse 2004). Als de trend zich doorzet zal Duitsland Nederland op korte termijn passeren. Daarbij moet opgemerkt worden dat er in zijn algemeenheid nog forse regionale verschillen zijn. De vaccinatiegraad en de participatiegraad bij bevolkingsonderzoek zijn relatief laag, in ieder geval lager dan in landen met een meer programmatische aanpak (Gericke 2004).

Het PG-beleid en de preventie zijn in Duitsland weliswaar flink uitgebouwd, en er wordt ook relatief veel geld aan uitgegeven, maar dit lijkt niet tot optimale resultaten te leiden. Het lijkt dus verstandig hogere uitgaven voor preventie en PG-beleid duidelijk te koppelen aan een gestructureerde organisatie van de PG. In die zin moet afgewacht worden of de voorgenomen preventiewet deze noodzakelijke structurering zal verschaffen.

Een voordeel van de Duitse situatie zou gelegen kunnen zijn in het feit dat algemene preventie en preventie binnen de arbeidssituatie ten dele de verantwoordelijkheid zijn van één uitvoeringsorganisatie. Daardoor hebben verzekeraars een dubbel belang bij preventie, waardoor in ieder geval op dit vlak een zekere intersectorale afstemming tot stand komt. Voor emeritus hoogleraar Sociale Geneeskunde D. Post is dit indertijd aanleiding geweest te pleiten voor één uitvoeringsorganisatie van de ziektekostenverzekering en ziektegerelateerde loondervingverzekeringen. Bij

de komende stelselherziening is echter niet in die richting gedacht.

De kosten voor gezondheidszorg zijn in Duitsland relatief hoog: 10,8% van het BNP. Met de Gesundheitsreform zijn wel maatregelen doorgevoerd om de kosten te beteugelen. Het idee dat ook een gericht PG-beleid bij zou kunnen dragen aan kostenbeheersing van de gezondheidszorg begint gezien de motivatie voor de preventiewetgeving ook in Duitsland post te vatten.

3.2 Engeland

1. Hoe is de PG in Engeland georganiseerd, en welke historische en beleidsmatige factoren liggen aan deze organisatievorm ten grondslag?

Het grootste deel van de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk (UK) wordt geleverd door de National Health Service (NHS). Daarbij moet opgemerkt worden dat sinds een vijftal jaren Wales, Noord-Ierland en Schotland een eigen parlement en beleid hebben, met verregaande bevoegdheden over hun eigen NHS. Dit heeft er toe geleid, dat de NHS in deze landen een andere vorm aan het krijgen is dan in Engeland. Inmiddels is er dus binnen het Verenigd Koninkrijk sprake van vier NHS-en. In deze beschouwing gaat het om de Engelse NHS. In de toekomst is een vergelijking tussen de vier mogelijk interessant, ook al omdat Schotland een slechte volksgezondheid heeft en daar in zijn PG-beleid actief mee bezig is.

Binnen de NHS valt geen scherp onderscheid te maken tussen PG en gezondheidszorg. PG en met name eerstelijnsgezondheidszorg zijn via hetzelfde systeem geregeld. De eerstelijns gezondheidszorg is in Engeland ver ontwikkeld binnen de NHS en is tegenwoordig ondergebracht in Primary Care Trusts (PCT). Dit zijn lokale en regionale gezondheidsorganisaties die verantwoordelijk zijn voor gezondheidsvoorzieningen in hun lokale gebied (NHS 2004). De voorzieningen waar het om gaat zijn talrijk en betreffen onder andere de aanwezigheid van huisartsen, tandartsen, opticiens en apothekers. De personen werkzaam binnen de PCT fungeren als poortwachter voor de tweedelijns gezondheidszorg en deze moeten zij ook plannen en inkopen. Om dit alles in goede banen te leiden werken zij nauw samen met de leveranciers van tweedelijns gezondheidszorg. De PCT's vervullen dus gedeeltelijk ook rollen, die in Nederland aan de ziektekostenverzekeraars worden toegedacht.

De verantwoordelijkheid voor public health is in het Verenigd Koninkrijk verdeeld over verschillende besturingsniveaus en de NHS. Binnen de centrale overheid is naast de minister van gezondheid (John

Reid MP) een staatssecretaris benoemd (Melanie Johnson MP) die als takenpakket de public health heeft (ibid). Op centraal niveau wordt er beleid gemaakt, waarbinnen specifieke aandachtsgebieden worden benoemd. Daarnaast wordt er toezicht gehouden op de implementatie van voorgenomen beleid en plannen. De autoriteiten op lokaal niveau werken binnen het kader dat gesteld is door de Department of Health (DH). Zij hebben de verantwoordelijkheid om op lokaal niveau public health strategieën te maken die zijn afgestemd op de populatie (populati-on-based) en deze uit te voeren.

2. Welke mate van integratie van gezondheidszorg en PG bestaat er in Engeland?

Al lange tijd wordt geprobeerd de preventie op een goede manier in de gezondheidszorg te integreren. Aanvankelijk leek men daarvoor een briljante oplossing te hebben gevonden: de huisarts (GP = General Practitioner) als budgethouder. Dit qua idee aan het oude China ontleende systeem gaf de huisartsen sinds 1990 vrijwillig de mogelijkheid het hele budget voor de gezondheidszorg van zijn patiëntenpopulatie in handen te krijgen. Bij goed presteren door weinig onnodig verwijzen en goede preventie zou hij vanzelf meer overhouden voor zijn eigen inkomen.

Helaas bleek dit mooie plan in de praktijk niet zo goed te werken, waardoor al snel een eind werd gemaakt aan dit experiment. In plaats daarvan werden in 1999 de bovenbeschreven PCT's ingesteld. Momenteel tracht men de voordelen van het PCT-systeem met de verwachte voordelen van het GP-budgetsysteem te combineren. PCT's sluiten contracten af met de merendeels vrijgevestigde GP's, waarbij deze er voor kunnen kiezen bepaalde activiteiten wel of niet in de praktijk uit te voeren (opting-out-system). Zo kunnen huisartsen PG-activiteiten wel of niet in hun contract laten opnemen.

Om de beoogde financiële incentives opnieuw tot gelding te brengen is sinds kort aan de contractering een set van kwaliteitsindicatoren verbonden. Deze indicatoren zijn mede ontleend aan de doelen die de NHS en de PCT's zich stellen. Hoe beter de GP scoort op deze indicatoren, hoe hoger zijn inkomen. Op deze manier tracht men momenteel de bijdrage van de GP's aan de PG te verbeteren en de gezondheidszorg te laten bijdragen aan de verbetering van de volksgezondheid (Ankoné 2004).

Behalve deze verandering in de contractering van de GP's worden ook de werkgebieden van de 303 PCT's mogelijk opnieuw verkaveld. De huidige populaties per PCT (50.000 – 150.000, max. 350.000) worden te klein geacht voor een goede integratie van zorg- en PG-beleid. Het inkoopbeleid van tweedelijnszorg zou daardoor beter gestalte kunnen

krijgen en strakker verbonden kunnen worden aan het algemene gezondheidsbeleid. Een en ander moet in april 2005 zijn beslag krijgen, maar er is nog de nodige scepsis. (Lewis 2004)

3. In welke mate heeft het gezondheidsbeleid in Engeland een intersectoraal karakter?

In het Verenigd Koninkrijk worden zeer regelmatig beleidsdocumenten uitgebracht betreffende de gezondheid van de bevolking. Deze zogeheten 'white papers' worden uitgegeven door het Department of Health. Aangezien er een veelheid aan rapporten voorhanden is, worden hier als voorbeeld alleen de drie meest recente besproken. Het eerste rapport 'Securing Good Health for the whole Population' (Wanless 2004) is vooral interessant, omdat het is opgesteld door iemand van buiten de gezondheidszorg en gericht is op het integreren van economisch en gezondheidsbeleid. Het tweede bevat een actieprogramma onder de noemer 'Tackling health inequalities'. Het derde rapport, 'Choosing health, Making healthy choices easier', is verschenen op 16 november 2004 en geeft een omvattend PG-beleid.

Elk officieel beleidsrapport wordt in Engeland voorafgegaan door een consultatierapport (green paper). Alvorens het 'white report' uit te brengen met daarin een actieprogramma, vindt er een consultatie plaats van onder andere veldpartijen en relevante stakeholders. De uitkomsten van deze consultatie worden meegenomen in het definitieve rapport.

Securing Good Health for the whole Population

De huidige Labourregering in het Verenigd Koninkrijk heeft zich voorgenomen publieke diensten, waaronder de NHS, een sterke impuls te geven. Dit komt onder andere tot uiting in het nogal verbazingwekkende beleidsvoornemen om de kosten voor de gezondheidszorg in de UK in een aantal jaren te verhogen van 7,5% tot zo'n 10% van het BNP. Een dergelijke verhoging van de kosten voor gezondheidszorg is zeker voor West-Europa, waar kostenbeheersing de boventoon voert op de beleidsagenda's, uniek te noemen.

Toch mondt een dergelijk in de ogen van velen riskant beleid niet uit in het klakkeloos opendraaien van de geldkraan. Bij de start van dit beleid heeft de minister van Financiën (Chancellor of the Exchequer) Gordon Brown aan de gepensioneerde bankier Derek Wanless gevraagd een scenariostudie te ondernemen naar de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg:

“to set out an assessment of the resources required to provide high-quality health services in the future”.

In 2002 kwam Wanless met een eerste rapport “Securing our Future Health: Taking a Long-Term View” (Wanless 2002). Daarin werd geconstateerd:

“a considerable difference in expected cost depending upon how well our health services became fully engaged with their own health. Resources were needed not only to satisfy short-term objectives, particularly access to service, but also invest in improving supply, by building the capacity of the workforce, improving information technology support and renewing premises, and to invest in reducing demand by enhancing the promotion of good health and disease prevention” (Wanless 2004).

Deze uitkomst was voor de Labourregering aanleiding tot het geven van een vervolgopdracht aan Wanless in het bijzonder gericht op preventie en de bredere determinanten van gezondheid in Engeland en op de kosteneffectiviteit van acties, die kunnen worden ondernomen om de gezondheid van de hele bevolking te verbeteren en gezondheidsverschillen te verkleinen. Daarbij zou speciale aandacht besteed moeten worden aan het geschetste “fully-engaged-scenario” uit het rapport van 2002.

In het tweede Wanless-report wordt dit nader uitgewerkt. Uiteindelijk komt Wanless tot de berekening, dat wanneer het zou lukken het fully-engaged-scenario volledig door te voeren dit een jaarlijkse besparing van de kosten van gezondheidszorg in 2022 zou kunnen meebrengen van 30 miljard Engelse ponden. Ter referentie: momenteel bedragen de totale kosten voor de NHS ongeveer 75 miljard pond. Deze uitkomst heeft bij het hele kabinet het idee versterkt, dat breed moet worden ingezet op gezondheidsbevordering en preventie.

Tackling health inequalities; a programme for action

Het doel van dit actieprogramma is het verkleinen van gezondheidsverschillen in het Verenigd Koninkrijk. Hierbij wordt ook gezocht naar de onderliggende oorzaken van gezondheidsverschillen, om daar vervolgens op in te kunnen spelen.

“The Government’s aim is to reduce health inequalities by tackling the wider determinants of health inequalities, such as poverty, poor educational outcomes, worklessness, poor housing, homelessness, and the problems of disadvantaged neighbourhoods” (Department of Health 2003).

Om een en ander te bereiken is er een intersectorale strategie ontwikkeld, waarbij het programma nationaal wordt aangestuurd en met name lokaal wordt uitgevoerd. De partijen op lokaal niveau hebben een grote bijdrage in het afstemmen van de strategie op de lokale behoeften. De noodzaak tot het betrekken van lokale partijen in het actieprogramma

kwam als speerpunt uit de consultatie die aan dit rapport vooraf is gegaan:

“...sustainable change requires the support, enthusiasm and commitment of local people working in partnership with a wide range of local organisations and statutory and voluntary agencies” (Department of Health 2003).

De verschillende aspecten van gezondheidsverschillen komen in de strategie tot uiting door het benoemen van thema's, die als speerpunten fungeren. De vier thema's zijn: 1) ondersteunen van families, moeders en kinderen, 2) het nauw betrekken van gemeenschappen en individuen om beter op behoeften in te kunnen spelen, 3) preventief optreden tegen ziekten en het aanbieden van effectieve behandeling en zorg, 4) het aanpakken van de onderliggende determinanten van gezondheid (Department of Health 2003).

In het rapport worden de vier thema's afzonderlijk behandeld. Allereerst wordt er gekeken naar bestaande programma's en dan met name naar de werkzaamheid ervan. Indien programma's effectief zijn gebleken, worden deze versterkt en daarnaast worden nieuwe programma's ontwikkeld. De vier thema's worden aan de hand van de principes zeer concreet uitgewerkt in actieprogramma's. Per thema worden deelgebieden benoemd, verantwoordelijke beleidssectoren en actoren met daarbij een concrete beschrijving van hun rollen en taken in het programma.

“A clear understanding of roles and responsibilities will be crucial to the delivery of this Programme for Action in meeting both the national health inequalities target and tackling the wider determinants. At national, regional and local level, the key challenge will be to work in partnership across traditional boundaries...” (Department of Health 2003).

In het rapport wordt er ook aandacht besteed aan het meten van prestaties en de voortgang van het programma. Hiertoe zijn indicatoren ontwikkeld op zowel nationaal als lokaal niveau. Daarnaast is het van belang om risico's in te schatten bij de uitvoer en implementatie van het programma, zodat de gezondheidsverschillen in ieder geval niet groter worden.

Choosing Health; Making healthy choices easier

In het consultatierapport “Choosing Health?; a consultation on action to improve people's health” wordt een analyse gemaakt van een probleem en de noodzaak tot de aanpak ervan. Zoals de titel al suggereert gaat het in dit rapport om het maken van de juiste keuzes om de gezondheid te bevorderen. De overheid beseft zich dat alleen het aanbieden van behan-

deling en verzorging niet voldoende is. Er moet bijvoorbeeld ook worden gedacht aan preventie en promotie (Department of Health 2004a). Het maken van de juiste keuzes en het kiezen voor gezondheid is niet alleen een verantwoordelijkheid van de overheid. Elk individu zal zelf ook keuzes moeten maken en is voor een groot deel verantwoordelijk voor zijn of haar eigen gezondheid. Het probleem ligt in het feit dat er barrières zijn om de juiste keuzes te maken. Naast deze zijn er nog een aantal andere uitdagingen die de overheid noemt in het rapport en waar ze aandacht voor vraagt.

“We need to understand the barriers that prevent more people taking these steps, and understand how to remove those barriers....The whole of society has a role to play. Central government, local government, the public sector, individuals, the public, industry, business, the media and voluntary organisations can all have an impact” (Department of Health 2004b).

Een goede gezondheid levert winst op voor de gehele maatschappij. De gezondheid van de bevolking is niet alleen de verantwoordelijkheid van de overheid, maar de overheid kán het ook niet alleen bewerkstelligen. Met de consultatie wil de overheid zoveel mogelijk partijen horen, zodat er gezamenlijk rollen en verantwoordelijkheden kunnen worden gedefinieerd, een prioritering kan worden gemaakt van wat er gedaan moet worden, alle mogelijke partners kunnen worden betrokken in het verbeteren van de gezondheid en er een duidelijke richting kan worden bepaald van constante actie en evaluatie (Department of Health 2004a).

Het is duidelijk dat intersectorale samenwerking als zeer belangrijk wordt ervaren in het Verenigd Koninkrijk. Deze samenwerking moet breed worden beschouwd, aangezien het niet beperkt blijft tot samenwerking tussen verschillende ministeries of beleidssectoren. Op alle niveaus worden alle mogelijke actoren betrokken. Dit kwam ook al sterk naar voren in het actieprogramma Tackling Health Inequalities.

Er zijn relevante thema's benoemd die vervolgens zijn onderverdeeld in kleinere deelgebieden. Voor elk deelgebied is een concreet plan gemaakt en zijn verantwoordelijkheden en taken van actoren benoemd. Beleid wordt dus heel concreet omgezet in actieplannen. Voor het maken van die plannen consulteert de overheid de actoren die met het probleem te maken hebben of die kunnen bijdragen aan een oplossing. Door middel van een consultatie wordt de betrokkenheid verhoogd en wordt er draagvlak gecreëerd voor de plannen van de overheid. Voor de overheid is een consultatie ook bruikbaar om kennis te vergaren van wat er leeft in het veld en wat er mogelijk is.

De manier waarop het besturingsstelsel is ingericht kan bijdragen aan de betrokkenheid op regionaal en lokaal niveau. Op deze niveaus zijn er veel verantwoordelijkheden om uitvoering te geven aan het gezondheidsbeleid. Tegelijkertijd leeft ook het besef dat er andere partijen nodig zijn om beleid en plannen uit te voeren, op zowel lokaal, regionaal als nationaal niveau. Op alle drie de niveaus wordt hier gehoor aan gegeven door intersectoraal samen te werken, plannen te maken en deze uit te voeren.

Deze principes zijn na de consultatieronde, waarvan uitgebreid gebruik is gemaakt, neergelegd in de definitieve white paper: 'Choosing Health; Making healthy choices easier', een motto dat indertijd ook gebruikt is in het RVZ-advies 'Gezondheid en gedrag' (Department of Health 2004c, RVZ 2002). Hoewel net als in de nota 'Langer gezond leven' (MinVWS 2003) een sterke nadruk wordt gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van de burgers, wordt sterk uitgegaan van een ondersteuning door de overheid van de gezondheidsbevordering.

Opvallend is ook, dat de nota zowel een voorwoord van de Minister-president als van de minister van gezondheid bevat. Dit onderstreept het sterke intersectorale karakter van de nota. Het gaat om een kabinetsbrede nota, waarin niet alleen de PG in engere zin aan de orde komt, maar het hele scala aan maatregelen, dat nodig is om de gezonde keuzes voor iedereen mogelijk te maken.

4. In welke mate is het gezondheidsbeleid in Engeland gericht op internationalisering?

Net als Duitsland is Engeland maar in beperkte mate internationaal georiënteerd in zijn gezondheidsbeleid, althans wanneer dit wordt afgemeten aan de participatie in EU en WHO-activiteiten. Wel is Engeland met name in wetenschappelijke kring sterk internationaal actief, maar oriënteert zich daarbij op Commonwealth landen zoals Canada, Australië en Nieuw-Zeeland en op de Verenigde Staten.

5. Wat kan gezegd worden over de doeltreffendheid en doelmatigheid in Engeland, in uitkomstmaten voor de volksgezondheid?

De gezondheidssituatie in Engeland is over het algemeen iets slechter dan in Nederland, afgemeten aan de levensverwachting. Daarbij moet opgemerkt worden dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) in de UK nog iets scherper liggen dan in Nederland. Een stagnatie van de gezondheidswinst zoals die in Nederland is opgetreden lijkt zich ook in Groot-Brittannië voor te doen (Groot 2004a). De vaccinatiegraad is relatief laag, vooral door al jaren woedende heftige discussies

over mogelijke bijwerkingen. De participatiegraad aan bevolkingsonderzoek is vergelijkbaar met Nederland.

De kosten voor gezondheidszorg zijn in Engeland voor een West-Europees land laag, maar het ligt in het voornemen deze kosten op korte termijn op te trekken naar boven het huidige Nederlandse niveau. Het intersectoraal beleid is sterk ontwikkeld en, zoals in andere landen met een nationale gezondheidszorg, liggen het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg en de PG zowel op nationaal als op lokaal niveau in één hand.

De echte integratie van de PG in de gezondheidszorg wordt weliswaar met kracht ter hand genomen, maar ondanks de gunstige voorwaarden is de juiste vorm voor deze integratie nog niet gevonden. Af te wachten is of de veranderingen die men per april 2005 wil invoeren de juiste incentives zullen bieden.

Twee zaken springen er in het PG-beleid in Engeland uit. Ten eerste dat de overheid bereid is in grote mate te investeren in PG-beleid, ook vanuit het oogpunt van kostenbeheersing van de zorg op termijn. Ten tweede wordt veel werk gemaakt van de consultatieprocedure bij het opstellen van belangrijke beleidsnota's. Dit geeft een groot draagvlak aan het te voeren beleid, wat de kans op succes waarschijnlijk veel groter maakt. Men heeft deze werkwijze afgekeken van Zweden (McKee 1996).

Dit laatste leidt er ook toe dat de gezondheidsbevordering een grote mate van maatschappelijke geïnvolveerdheid kan krijgen (community action), iets wat volgens de internationale ervaring een absolute voorwaarde is voor succesvolle gezondheidsbevordering.

De belangrijkste gezondheidsdeterminanten (roken, alcoholmisbruik, ongezonde voeding, gebrek aan beweging) liggen in Engeland op ongeveer hetzelfde niveau als in Nederland, ondanks veel hogere accijnzen. In de nota Choosing Health worden dan ook verdergaande maatregelen op dit vlak aangekondigd.

3.3 Finland

1. Hoe is de PG in Finland georganiseerd, en welke historische en beleidsmatige factoren liggen aan deze organisatievorm ten grondslag?

De Finse gezondheidszorg is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- a) financiering op basis van belastingen;
- b) publieke uitvoer van het grootste deel van de zorg;

- c) gemeentelijk beheer van de gezondheidszorg (Järvelin 2002).

In Finland is er dus ook sprake van een National Health Service, wat inhoudt dat de gezondheidszorg door de overheid gecoördineerd wordt. De Finse overheid heeft veel van haar taken gedelegeerd aan de gemeenten. De centrale overheid en de gemeenten zijn dus de twee grootste spelers in de organisatie van de gezondheidszorg (ibid). De rol die in Finland aan gemeenten wordt toegekend wat betreft de gezondheidszorg wordt als opmerkelijk gezien:

“Finland is an exceptional case, however, in that its health care system is characterised by the radical devolution of health care powers to 500 relatively small municipalities” (Rico & Wisbaum 2002).

Op het nationale niveau heeft het Ministerie voor Sociale Zaken en Gezondheid de verantwoordelijkheid om een juridisch kader te creëren voor het gezondheidsbeleid en sociaal beleid en het controleren van de implementatie van beleid (Järvelin 2002). Op het lokale niveau hebben gemeenten de verantwoordelijkheid voor gezondheidsbevordering en -preventie, medische zorg, revalidatie en herstel en tandheelkunde (ibid).

De basisgezondheidszorg wordt geleverd door gezondheidscentra, die in beheer zijn van de gemeenten. Deze centra leveren naast de curatieve basiszorg ook preventieve zorg en openbare gezondheidszorg. Grote gemeenten hebben een eigen gezondheidscentrum, maar de kleinere gemeenten vormen federaties, welke het beheer van gezondheidscentra op zich nemen (Häkkinen 1998).

2. Welke mate van integratie van gezondheidszorg en PG bestaat er in Finland?

Er bestaat in Finland een bijna volledige integratie van PG en gezondheidszorg. Preventieve en curatieve zorg worden vanuit dezelfde gezondheidscentra en gedeeltelijk door dezelfde personen geleverd. Dit systeem leidt tot een hoge kwaliteit van prenatale zorg en preventieve jeugdzorg. Finland heeft een van de laagste kindersterftes ter wereld en een zeer hoge immunisatiegraad.

Ook de screenings op borst- en baarmoederhalskanker worden vanuit deze centra verzorgd. Deze kennen ook een hoog opkomstpercentage. De gezondheidscentra spelen ook een rol in de realisering van algemene preventieve programma's, zoals ten aanzien van hart- en vaatziekten en diabetes, welke hieronder verder worden besproken (European 2002a).

Door de sterke mate van integratie tussen PG en gezondheidszorg is het gemakkelijk mogelijk een integraal gezondheidsbeleid te voeren. Daardoor kunnen de PG en de gezondheidszorg beleidsmatig goed tegen elkaar afgewogen worden. Daarnaast lijkt het op nationaal niveau ook een voordeel, dat PG en gezondheidszorg vanuit een ministerie voor sociale zaken en gezondheid worden aangestuurd, waardoor gemakkelijker integraal beleid tot stand kan komen.

3. In welke mate heeft in Finland het gezondheidsbeleid een meer of minder intersectoraal karakter en is het facetbeleid uitgebouwd?

“The Government Resolution on the Health 2015 public health programme outlines the targets for Finland’s national health policy for the next fifteen years.” (Ministry of Social Affairs and Health 2001).

Dit recente rapport geeft de beleidsvoornemens en aandachtspunten van de overheid met betrekking tot de PG en de gezondheidszorg weer. Het beleidsprogramma heeft als voornaamste focus gezondheidsbevordering en gaat niet in op het gezondheidszorgsysteem. Het is een intersectoraal programma aangezien de gezondheid grotendeels wordt beïnvloed door factoren buiten de gezondheidszorg (Ministry of Social Affairs and Health 2001). In het rapport worden acht doelen geformuleerd en geconcretiseerd in actiepunten. Alvorens deze doelen te noemen wordt eerst een aantal uitgangspunten van het rapport besproken.

Gezondheid wordt als een waardevol bezit gezien en is van cruciaal belang voor het welzijn en de ontwikkeling van een persoon. Dit geldt ook op het niveau van de gehele populatie. “Investment in health is an investment in the future” (Ministry of Social Affairs and Health 2001). De gezondheid kan gewaarborgd worden of verslechteren door een veelheid aan factoren, waarvan een aantal al eerder aan de orde is geweest.

“Health is affected by biological, psychological, chemical, physical and social factors in people’s normal environments - their homes, housing areas, traffic, schools, workplaces and leisure activities. Health is also affected by people’s mutual social safety net, their sense of community and concern for each other, as well as by knowledge, skills and training.” (ibid.).

Deze veelheid aan factoren maakt duidelijk dat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid bestaat voor de gezondheid van de bevolking. Deze verantwoordelijkheid ligt zowel op nationaal als op lokaal niveau en zowel binnen als buiten de zorgsector. Dit betekent dat er voor het behalen van de gewenste resultaten intersectorale actie nodig is, waarbij nationale en lokale overheden samenwerken met niet-gouvernementele

organisaties en burgers. De Government Resolution wordt dan ook bestempeld als een ‘partnership programme’.

Van de acht doelen die er in de Government Resolution worden gesteld zijn er vijf voor specifieke doelgroepen, namelijk kinderen, jongeren tussen de 16 en 18 jaar, jong volwassen mannen, werkenden en ouderen boven de 75 jaar. De gedachte achter de indeling naar doelgroepen is het afstemmen van beleid op de verschillende fasen in het leven. De overige drie doelen hebben betrekking op de bevolking als geheel. De overheid wil ook indicatoren maken, zodat de doelen meetbaar worden. De doelen zijn vertaald in actiepunten per doelgroep en voor de verschillende actoren. Hierbij wordt telkens weer het belang van samenwerking en intersectorale actie benadrukt en worden alle mogelijke instanties en actoren betrokken die een bijdrage kunnen leveren aan het bereiken van de doelen.

De centrale overheid wordt vooral een voorwaardenscheppende rol toegedicht. Lokale overheden hebben veel verantwoordelijkheden en mogelijkheden om de gezondheid te bevorderen en worden ondersteund door de centrale overheid.

Intersectoraal beleid en intersectorale actie voeren de boventoon in de Government Resolution. Dit is terug te zien in de voornaamste voorwaarden die gesteld worden:

- “All sectors and levels of government, the private sector and civil action must make the population’s health a key principle guiding choices.”
- “The main arenas of everyday life, such as homes, schools, workplaces, leisure environments, transport and public services, must be given better preconditions for promoting the population’s health.”
- “Preconditions must be strengthened for health promotion at all phases of life, from birth to old age.” (ibid.).

Tot slot gaat het rapport in op de health impact assessment (HIA), de gezondheidseffectscreening. Dit instrument wordt nauwelijks gebruikt in Finland en het voornemen is om de HIA structureel toe te gaan passen in het nemen van beslissingen en maken van beleid. Dit geldt voor zowel de centrale en lokale overheden als voor niet-gouvernementele organisaties (ibid.). Opvallend is wel, dat ook zonder toepassing van HIA succesvol intersectoraal beleid mogelijk blijkt zoals hieronder wordt beschreven voor het North Karelia Project.

North Karelia Project

Dat de Finse overheid zo positief is over de mogelijkheid van een geïntegreerd en intersectoraal gezondheidsbeleid heeft alles te maken met de

opmerkelijke gezondheidswinsten die geboekt zijn in het North Karelia Project. Aanleiding voor dit project was de hoge sterfte aan hart- en vaatziekten, wat een groot probleem vormt voor geïndustrialiseerde landen (Puska 2002). In Finland heeft men dit probleem aangepakt, met als pilot gebied de provincie North Karelia. Deze provincie is bewust gekozen, omdat daar de hoogste sterftcijfers aan hart- en vaatziekten in Finland geregistreerd waren (Puska 1999). Het project is in 1972 geïmplementeerd waarbij de centrale en lokale overheden hebben samengewerkt met de Finse burgers en de WHO.

Hart- en vaatziekten worden veroorzaakt door meerdere factoren, waarvan ongezonde leefstijl de belangrijkste is. Deze risicofactoren werden in het begin van de jaren '70 geïdentificeerd, maar vervolgens moest er wat mee gedaan worden. Er bleek een gat te zijn tussen de bestaande kennis en de situatie van alledag (Puska 2002). Oplossingen lagen in het opzetten van gemeenschapsbrede preventieve programma's (community-based preventive programmes), waarvan het North Karelia Project een voorbeeld is.

In 1997 is de balans opgemaakt van het project over een periode van 25 jaar. Daar zijn opmerkelijke resultaten uitgekomen als de cijfers van 1972 naast die van 1997 worden gelegd, zoals uit de volgende citaten duidelijk wordt:

- "In 1972 52% of middle-aged men in North Karelia smoked. In 1997 the percentage had fallen to 31%."
- "The dietary changes have led to about 17% reduction in the mean cholesterol level of the population. Elevated blood pressures have been brought well under control and leisure time physical activity has been increased."
- "By 1995 the annual mortality rate of coronary heart disease in the middle-aged male population in North Karelia has reduced about 73% from the pre-program years."
- "At the same time lung cancer mortality has also reduced, more than 70% in North Karelia." (Puska 2002:2).

De focus van het project lag op het reduceren van de belangrijkste risicofactoren en in het bijzonder het veranderen van de leefstijl, van bepaalde eetgewoonten en rookgewoonten (The Research File 2001). Initiatieven om de problemen aan te pakken werden ingedeeld in vier gebieden: media, gezondheidszorg, organisatie op het gebied van de gemeenschap en het milieu en beleid. Op elk van deze gebieden is intersectoraal samengewerkt en zijn alle mogelijke partijen betrokken, zoals scholen, supermarkten en de voedselindustrie. Deze gemeenschapsbrede aanpak is de grootste succesfactor van het North Karelia Project. Andere succesfactoren zijn het toepassen van verschillende interventiestrategieën en het verankeren van het project op de langere termijn (Puska 2002). Deze

lange termijn visie was mogelijk omdat er een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling was en het National Public Health Institute (KTL) optrad als coördinator van het project.

In de loop der jaren is het project niet beperkt belevend tot de provincie North Karelia, maar over het gehele land geïmplementeerd. Daarnaast is ook de reikwijdte van het project vergroot. Aandacht gaat nu ook uit naar integrale preventie van belangrijke chronische (non-communicable) ziekten, zoals kanker en diabetes, gezondheidsbevordering en preventie van risicovol gedrag onder kinderen en jongeren (Henkel 2004).

Ondertussen zijn er veel landen die het North Karelia Project als voorbeeld gebruiken om een dergelijk project zelf te implementeren. De WHO, die heeft geparticipeerd in het project in Finland, helpt nu in andere landen om gemeenschapsbrede projecten op te zetten.

In Finland blijkt er veel aandacht uit te gaan naar intersectorale samenwerking en intersectorale actie. In bijna alle recente beleidsvoornemens komt het principe van intersectorale samenwerking naar voren en het belang ervan kan niet vaak genoeg benadrukt worden. Alle mogelijke partijen worden in het beleid betrokken. De centrale overheid is voorwaardenscheppend, lokale overheden en andere actoren op lokaal niveau zijn uitvoerend in het bereiken van hun gezondheidsdoelen. De traditie die er in Finland is op basis van het besturingssysteem van de gezondheidszorg zorgt ervoor dat de gemeenten veel verantwoordelijkheden hebben en over de middelen beschikken om uitvoer te geven aan beleid. Dit maakt ook de uitvoer van intersectoraal beleid makkelijker (Allin 2004).

4. In welke mate is het gezondheidsbeleid in Finland gericht op internationalisering?

De reden dat Finland zoveel aandacht besteedt aan intersectoraal beleid ligt zeer waarschijnlijk ook in het feit dat zij nauwe contacten met de World Health Organization (WHO) onderhoudt. De rapporten die Finland uitbrengt en de onderwerpen die zij behandelt zijn van meet af aan in overeenstemming geweest met het beleid van de WHO.

De 'Government Resolution on the Health 2015 public health programme' kan gezien worden als vervolg op het eerder verschenen 'Health For All 2000 programme'. Het uitbrengen van deze rapporten was volledig in navolging van de WHO en ook inhoudelijk wordt er op de aandachtspunten van de WHO gesteund. De WHO heeft in de jaren '80 het rapport 'Health for all by the year 2000' opgesteld en rond de eeuwwisseling het vervolg uitgebracht onder de noemer 'Health For All in the 21st Century'.

Finland was het eerste land dat een nationaal 'Health for all'-document vervaardigde. In de voorbereidingen voor dit rapport en het proces van implementatie zijn een aantal belangrijke bevindingen gedaan. Er heeft veel tijd en energie gezeten in de voorbereiding van het rapport en de parlementaire behandeling ervan. Daarna leek de energie op te zijn, wat de implementatie bemoeilijkte: "After that it looked as if the steam had run out from the people involved" (Leppo 2002). De documenten waren goed, maar er waren weinig mensen die er daadwerkelijk wat mee deden.

Eenzijds lag de oorzaak hiervan in het voorbereidingsproces, waarin andere sectoren dan de gezondheidssector niet of nauwelijks zijn betrokken. Daar waar andere sectoren en organisaties wel betrokken zijn, was dit te laat, te formeel of toch nog te weinig (ibid). Anderzijds lag er een groot probleem in de verantwoordelijkheidsverdeling. Partijen voelden zich geen probleemeigenaren en namen dus ook niet de verantwoordelijkheid voor het probleem. Deze en andere bevindingen zijn meegenomen als les in de verdere ontwikkeling van beleid, zo ook in de Government Resolution, uitgebracht in 2001.

5. Wat kan gezegd worden over de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gezondheidsbeleid in Finland, in uitkomstmaten voor de volksgezondheid?

Op een groot aantal terreinen hebben de gezondheidsindicatoren in Finland zich in de afgelopen 30 jaar gunstig ontwikkeld. In die zin is het PG-beleid zeer succesvol geweest, waar andere landen veel van kunnen leren. De zuigelingen- en kindersterfte hoort tot de laagste ter wereld (4 resp. 5 per 1000 levendgeborenen), de sterfte aan hart- en vaatziekten is sterk teruggedrongen. Toch vraagt de toekomst nog steeds om een belangrijke inspanning, omdat de morbiditeits- en sterftecijfers voor hart- en vaatziekten en ook voor diabetes in vergelijking met andere landen nog steeds hoog zijn.

Een zeer succesvol project in Finland dat in 1972 is gestart en nog altijd voortduurt is het North Karelia Project. Door haar grote successen en ervaringen die zijn opgedaan heeft dit project laten zien dat er met goed georganiseerde, gemeenschapsbrede programma's grote gezondheidswinsten kunnen worden behaald.

Finland neemt wat zijn uitkomsten van gezondheidsbeleid betreft ook een unieke positie in doordat het land zijn preventiebeleid internationaal laat evalueren (WHO 2002). In tegenstelling tot veel andere landen heeft het Finse gezondheidsbeleid zich van meet af aan sterk georiënteerd op het beleid van de WHO. Gezien de resultaten lijkt dit een goede stra-

tegie te zijn geweest. Dit pleit ervoor in de toekomst een sterkere internationale organisatie te kiezen.

3.4 Hongarije

1. Hoe is de PG in Hongarije georganiseerd, en welke historische en beleidsmatige factoren liggen aan deze organisatievorm ten grondslag?

De Hongaarse PG is net als in Nederland en Duitsland vrij strikt gescheiden van de gezondheidszorg. Dat hangt enerzijds net als in die landen samen met de financiering van de gezondheidszorg via de sociale zekerheid. Anderzijds is ook van invloed, dat onder het voormalige communistische systeem alles van staatswege geregeld was, en er voor de PG geen reden werd gezien daar verandering in aan te brengen.

De wettelijke grondslag voor de gezondheidszorg en de PG is verankerd in de Gezondheidswet van 1997. De preambule van deze wet luidt in het Engels vertaald als volgt:

“The Parliament,

Fully aware of its responsibility with regard to the health of the population,

Guided by the conviction that concern for health and the well-being of each individual are matters of priority and, further, that the fruits of medical progress should benefit both present and future generations,

Aware that health is an essential condition for quality of life and for the self-fulfilment of each individual, its influence having a decisive effect on the family and work and, consequently, on the nation as a whole,

Whereas only through combining the system of social services with the protection of the natural and man-made environments, as well as with social practices and policies that further the socio-economic context and health, is it possible to provide a health system directed towards the promotion, protection, or restoration of health,

Taking into account the changes that have taken place in the scientific, technological, ethical and social fields and the legal system, as well as our international obligations, has adopted the following Law, which establishes a system that combines the essential conditions for the protection and improvement of the health situation.” (WHO 1997)

In hoofdstuk 3 van deze wet is de PG geregeld, met uitdrukkelijke aandacht voor gezondheidsbevordering, milieubescherming, voedselveiligheid, bedrijfsgezondheid, en infectieziektebestrijding. In hoofdstuk 7 worden alle verantwoordelijkheden omschreven. Daaronder ook die van het nationale gezondheidsbevorderingsprogramma en de PG-diensten.

Deze overheidsdiensten (National Public Health and Medical Officer Service) bestaan er op drie niveaus: landelijk, provinciaal en regionaal/ lokaal. (Gaál 2004) De belangrijke provinciale diensten vallen daarbij onder de landelijke dienst, zij regelen de infectieziektenbestrijding en het milieu- en voedseltoezicht. De vaccinaties worden logistiek provinciaal geregeld, maar landelijk gecoördineerd. De landelijke en provinciale diensten worden ook geacht het gezondheids- en PG-beleid te formuleren, maar door drukke werkzaamheden komen zij daar nog niet echt aan toe (Bolt 2004).

Op stedelijk niveau is er hier en daar wel degelijk sprake van PG-activiteiten. Zo waren in 2000 21 steden in Hongarije lid van de Hungarian Association of Healthy Cities. In deze steden wordt gewerkt aan lokale gezondheidsplannen en -profielen, het organiseren van gezondheidsdagen en -weken, peer-teaching in het kader van drugspreventie, en het schoonmaken en -houden van de leefomgeving (Hungarian Association 2000).

De Hongaarse overheid onderkent al sinds 1990 de noodzaak van een gericht gezondheidsbeleid. In een vijftal snel op elkaar volgende nota's is getracht het noodzakelijke PG-beleid goed neer te zetten. In de laatste nota is dit althans op papier zeer goed gelukt. Het document kan zo als een schoolvoorbeeld of blauwdruk dienen voor een PG-programma in de meeste West-Europese landen (Johan Bela 2003). Wat echter net als in vorige programma's uitdrukkelijk ontbreekt is de verdeling van verantwoordelijkheden, de implementatie en vooral ook de financiële paraagraaf. De overheid, die zich deze lacunes goed realiseert, gaat er dan ook vanuit, dat de intenties van dit rapport pas op lange termijn gerealiseerd kunnen worden (Jávor 2002).

2. Welke mate van integratie van gezondheidszorg en PG bestaat er in Hongarije?

Zoals gezegd is er nauwelijks sprake van integratie van PG en gezondheidszorg. Dit is voor een belangrijk deel te wijten aan het feit, dat zowel in het beleid van de overheden en de verzekeraars, als in de activiteiten van zorgaanbieders alle aandacht wordt opgeëist door de vernieuwing van de zorg en het verzekeringsstelsel, het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de implementatie van hoogwaardige technologische initiatieven.

Waarschijnlijk zit er voorlopig ook niet veel anders op dan veel aan de gezondheidszorg over te laten, want zoals in de meeste voormalige Oostbloklanden is overheidsgezondheidszorg vanuit de ervaringen in het verleden per definitie verdacht. Het bestaande PG-systeem is na de omwenteling vaak ineengeschrompeld, en de gezondheidsdata van de

communistiche regimens moeten worden gewantwoord, zodat een betrouwbare vergelijking vóór en ná niet goed mogelijk is (Rethelyi 2004).

Toch hebben de voormalige Oostbloklanden een veelbelovende traditie waar het gaat om preventie in de reguliere gezondheidszorg. Uit een vergelijkend onderzoek komt naar voren, dat in landen als Hongarije, Rusland en Polen in de gezondheidszorg significant meer mensen regelmatig aan een bloeddrukcontrole worden onderworpen en ook vaker in de spreekkamer een anti-rookadvies krijgen, dan in Duitsland, Finland en Spanje (Pardell 2001). Vooral dit laatste is voor Hongarije van eminent belang, omdat de incidentie van longkanker in dit land ook voor de naaste toekomst de hoogste is ter wereld (Novotny 1998/99), iets wat in het geroemde PG-rapport merkwaardigerwijs nauwelijks wordt onderkend. Voor cholesterolbepalingen zijn de Westerse landen beter af, mogelijk omdat daar de medicamenteuze follow-up wel gerealiseerd kan worden.

Op één terrein zijn huisartsen en ook eerstelijnskinderartsen wel betrokken bij de PG. De ouder- en kindzorg voor jonge kinderen wordt uitgevoerd door gespecialiseerde jeugdverpleegkundigen. Op sommige plaatsen hebben deze verpleegkundigen in samenwerking met deze huisartsen en pediaters ook de verantwoordelijkheid voor de preventieve zorg voor schoolkinderen (Gaál 2004).

Hoopvolle ontwikkelingen zijn vooral terug te vinden bij non-gouvernementele organisaties. Deze werken vaak ten behoeve van bepaalde minderheidsgroepen, zoals de Roma. Daarbij ontstaan nieuwe vormen van zorg en onderling dienstbetoon, mede met de bedoeling de gezondheid van omschreven populaties te verbeteren (IOD 2004).

In sommige plattelandsgebieden ontstaan op basis van particulier initiatief nieuwe geïntegreerde vormen van eerstelijnsgezondheidszorg. Een sprekend voorbeeld daarvan is Misszió (Jóna 2004). Daarbij worden gezondheidszorg en preventie geïntegreerd aangeboden (Varga 2004).

3. In welke mate heeft het gezondheidsbeleid in Hongarije een meer of minder intersectoraal karakter en is het facetbeleid uitgebouwd?

Het intersectorale beleid is in Hongarije nog nauwelijks ontwikkeld. Alle aandacht gaat uit naar de vernieuwing en uitbouw van de gezondheidszorg. Toch is een intersectoraal beleid voor Hongarije dringend noodzakelijk, gezien de grote volksgezondheidsproblemen die er bestaan. Hongarije kent de hoogste cijfers ter wereld voor bijvoorbeeld longkanker en zelfmoord.

4. In welke mate is het gezondheidsbeleid in Hongarije gericht op internationalisering?

Hongarije is nog nauwelijks internationaal actief in zijn PG-beleid. De toetreding tot de EU zal daar waarschijnlijk wel op korte termijn verandering in brengen. De benoeming van de Hongaarse Zsuzsanna Jakab tot directeur voor het op te starten Europese CDC zal daarbij een belangrijke verdere stimulans zijn. Jakab was tot voor kort nog staatssecretaris op het Ministerie van Gezondheid van Hongarije.

5. Wat kan gezegd worden over de doeltreffendheid en doelmatigheid in Hongarije, in uitkomstmaten voor de volksgezondheid?

De Hongaarse gezondheidszorg heeft zich in het afgelopen decennium in sterke mate georiënteerd op de gezondheidszorg in West-Europese landen. Enerzijds is men nog voortdurend bezig de achterstand in kwaliteit in te lopen, iets wat nog de nodige jaren zal vergen. Anderzijds voert men met de nodige gretigheid al organisatorische vernieuwingen door, zoals een volksverzekering tegen ziektekosten en financiering op basis van DBC's binnen zeer korte tijd, terwijl men daar in veel Westerse landen vele jaren over doet.

Het public healthbeleid is op nationaal niveau vrij traditioneel georganiseerd. Op lokaal niveau zijn er echter wel goede PG-initiatieven. Dit is zeker in een land als Hongarije hard nodig, want op een aantal belangrijke parameters staat de gezondheidstoestand van de bevolking op een slecht niveau. De verwachting is, dat het land in de naaste toekomst verreweg het hoogste sterftecijfer aan longkanker zal hebben. Ook het zelfmoordcijfer is al jarenlang een wereldrecord.

3.5 Nederland

1. Hoe is de PG in Nederland georganiseerd, en welke historische en beleidsmatige factoren liggen aan deze organisatievorm ten grondslag?

Net als in Duitsland en Hongarije wordt de gezondheidszorg in Nederland voor een belangrijk deel gefinancierd via een sociaal verzekeringsstelsel, zij het dat een deel van de bevolking voor een deel van het pakket van particuliere ziektekostenverzekering gebruikmaakt.

Preventieve activiteiten worden nu nog voor een deel via de sociale verzekering bekostigd en omdat dat voor de hele bevolking moet gelden gebeurt dat via de AWBZ. Bij de komende stelselwijziging zal dat niet

meer nodig zijn, omdat dan iedereen via de nieuwe ziektekostenverzekering wordt betaald.

Maar het grootste deel van de PG-activiteiten worden uit belastinggelden betaald, via het gemeentefonds. De totale uitgaven voor PG worden, afhankelijk van de gehanteerde definitie, geschat op 1 à 2% van de kosten voor gezondheidszorg. Het Ministerie van VWS berekent de totale uitgaven voor preventiebeleid op 625 miljoen euro per jaar (VWS 2003).

De publieke gezondheidszorg wordt van oudsher uitgevoerd door een sluitend netwerk van 39 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD-en) met een breed takenpakket, vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Sommige taken worden door de GGD-en uitbesteed aan de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, inclusief vaccinaties, de griepvaccinatie en de baarmoederhalsscreening (European 2004).

In de afgelopen jaren heeft een sterke verschuiving plaatsgevonden van nationaal naar lokaal gezondheidsbeleid. Dit vanuit het idee, dat op lokaal niveau dit beleid beter gedijt en daar ook gemakkelijker intersectoraal gewerkt kan worden. De laatste jaren is echter ook een recentralisatietrend zichtbaar, vooral op het vlak van de infectieziektenbestrijding. Recent is het besluit genomen een nationale infectieziektenautoriteit in het leven te roepen.

Gemeentes zijn krachtens de WCPV verplicht vierjaarlijks een lokale nota gezondheidsbeleid uit te brengen. Op landelijk niveau komt de overheid ook vierjaarlijks met een landelijke kadernota in aansluiting op de ook vierjaarlijks verschijnende Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). De laatste VTV is van 2002 (RIVM 2002), de laatste landelijke nota van 2003 (Ministry of Health 2004).

In deze nota 'Langer gezond leven 2004-2007, ook een kwestie van gezond gedrag' worden drie speerpunten benoemd: Roken, overgewicht en diabetes, en zes prioritaire ziekten met de grootste ziektelast. In de nota wordt sterke nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van de burger.

2. Welke mate van integratie van gezondheidszorg en PG bestaat er in Nederland?

Mede door de gescheiden financiering van de gezondheidszorg en de publieke gezondheid, bestaat er in Nederland net als in de andere landen met een sociale verzekeringsfinanciering geen sterke integratie van gezondheidszorg en PG.

Na de Tweede Wereldoorlog ontstonden binnen de gezondheidszorg in Nederland steeds meer op zichzelf gerichte sectoren. Dit wordt ook duidelijk in de Volksgezondheidsnota 1966. Deze eerste 'allesomvattende' beleidsnota besteedt veel aandacht aan gezondheidsbescherming, en gaat nog duidelijk uit van de volksgezondheid als een geïntegreerd systeem van collectieve activiteiten en individuele zorg.

Deze lijn werd doorgetrokken in de Structuurnota 1974. Daarin werd het accent volledig gelegd op de structuur van de gezondheidszorg en werd inhoudelijk weinig aandacht besteed aan gezondheidsbescherming en preventie en al helemaal niet aan de bevordering van de volksgezondheid buiten de gezondheidszorg in bredere zin. Wel kwam vanuit het structuurdenken de versterking van de extramurale zorg en preventie op de politieke agenda.

“Het nadrukkelijk onderscheiden en vervolgens in zijn ontwikkeling stimuleren van de basisgezondheidszorg als collectief preventieve gezondheidszorgsector werd met deze nota in gang gezet.” (Van de Water 1989, p. 16).

Hiermee wordt in feite de uitvoering van volksgezondheidsactiviteiten beleidsmatig buiten het domein van de gezondheidszorg geplaatst. Deze ontwikkeling naar een steeds meer in zichzelf gekeerd gezondheidszorgbeleid is pas in 1986 weer doorbroken met het uitbrengen van de Nota 2000.

De min of meer strikte afscheiding van de collectieve preventie van de rest van de gezondheidszorg wordt, behalve door de gescheiden financieringsstromen, verder bestendigd door het min of meer toevallig totstandgekomen aparte wettelijke regiem van de WCPV in 1989. Latere pogingen tot reïntegratie van volksgezondheid en gezondheidszorg komen niet goed van de grond.

3. In welke mate heeft het gezondheidsbeleid in Nederland een meer of minder intersectoraal karakter en is het facetbeleid uitgebouwd?

De Nota 2000 uit 1986 pleitte voor een accentverlegging van gezondheidszorgbeleid naar gezondheidsbeleid. In deze nota is de invloed van de Canadees Lalonde herkenbaar. Hij formuleerde als eerste voor Canada de gezondheidsproblemen en gezondheidsdoelen. Als minister van Volksgezondheid maakte hij duidelijk dat het gezondheidszorgsysteem niet de enige en belangrijkste bepalende factor voor de volksgezondheid is.

De gezondheid van de bevolking is niet alleen het resultaat van preventie en zorg. Ook van beleid op andere terreinen dan de volksgezondheid gaan bedoeld of onbedoeld gezondheidseffecten uit. Deze kunnen door vroegtijdige afstemming van beleid in gunstige zin beïnvloed worden.

Dat is de basis voor het voeren van een eigenstandig gezondheidsfacetbeleid. Dit gezondheidsfacetbeleid heeft ten doel de gezondheidstoestand van de bevolking op zo hoog mogelijk peil te brengen en te houden door ziekte, handicap en ontijdige sterfte zoveel mogelijk te voorkomen, de bijdrage van de gezondheid aan de kwaliteit van leven te versterken, en onnodige en ongewenste (sociaal-economische) gezondheidsverschillen te verkleinen.

Voor effectief facetbeleid is een voldoende wettelijke basis nodig. In Europa lijken thans wel de wettelijke, constitutionele en technische mogelijkheden aanwezig te zijn om gezondheidseffecten in al het beleid vast te stellen. Op nationaal niveau is in Nederland het volksgezondheidsbelang echter nog niet structureel onderdeel van de politieke agenda. De mogelijkheden om beleid van andere departementen te beïnvloeden zijn in principe aanwezig, bijvoorbeeld in de ambtelijke voorportalen van de ministerraad en de ministerraad zelf, zij het in beperkte mate.

Facetbeleid verloopt soms goed maar soms ook moeizaam. Niet altijd is er op andere beleidsterreinen voldoende spontane aandacht voor gezondheidsaspecten aanwezig. In de tijd gezien verdwijnt het gezondheidsfacetbeleid vaak als aandachtsgebied weer naar de achtergrond als andere onderwerpen een grotere politieke belangstelling krijgen, zelfs binnen het eigen ministerie. Met name ontbreekt in het economisch beleid vaak het gezondheidsaspect. Gezondheidszorg en ook publieke gezondheid worden vaak nog uitsluitend als economische verliespost gezien.

Op gemeentelijk niveau zijn nog lang niet alle mogelijkheden voor facetbeleid uitgeprobeerd en benut. Er is een sterke verkaveling van beleidsdossiers en veel is afhankelijk van incidentele initiatieven. De gemeentelijke taak op het gebied van het facetbeleid is nog niet goed uitgekristalliseerd, maar lijkt zich in gunstige zin te ontwikkelen.

Nederland heeft lange tijd een voorsprong gehad in het intersectoraal gezondheidsbeleid. Hier lijkt de wet van de remmende voorsprong te gelden. De laatste jaren is het intersectoraal beleid op nationaal niveau op de achtergrond geraakt. Wel zijn op gemeentelijk niveau nieuwe initiatieven ontwikkeld.

4. In welke mate is het gezondheidsbeleid in Nederland gericht op internationalisering?

In het verleden is ook het beleid van de WHO richtinggevend voor Nederland geweest. Als nadere uitwerking van de Health for all-strategie kwam in de zeventiger en tachtiger jaren van de vorige eeuw gezondheidsbevordering centraal te staan. Dit heeft onder andere vorm gekregen in de zogenaamde Healthy Cities-beweging en in de 'target-strate-

gie', die ook in Nederland gedurende een beperkte periode is gevoerd. Nederland had zich in 1984 aan deze targetstrategie verbonden. Om de drie jaar is over de vorderingen ten aanzien van de targets gerapporteerd, het laatst in 1997 (Ministerie van VWS, 1997). Daarbij werd geconstateerd, dat veel van de gestelde volksgezondheidsdoelen weliswaar waren gehaald, maar ook een aantal meer kwantitatieve duidelijk niet, zoals ten aanzien van het terugdringen van hart- en vaatziekten en kanker, het bevorderen van leefstijlverandering, het verkleinen van gezondheidsverschillen en het verbeteren van de gezondheid van boven 65-jarigen.

De ingezette 'target' strategie in het kader van Health for all van de WHO wordt aanvankelijk omarmd maar raakt ook snel weer op de achtergrond, mede omdat de Nederlandse overheid zijn greep op de gezondheidszorg verkleint en niet afgerekend wil worden op resultaten waarop zij zelf geen greep heeft. De targetstrategie, zoals in het Ontwerp-kern-document neergelegd, kwam sterk onder druk te staan door de verschuiving van de beleidsmatige aandacht naar de verandering van het zorgstelsel.

5. Wat kan gezegd worden over de doeltreffendheid en doelmatigheid, in uitkomstmaten voor de volksgezondheid?

Nederland heeft te kampen met een stagnatie van de gezonde levensverwachting (Perenboom 2004). De zuigelingensterfte is de afgelopen decennia nog fors gedaald met name door de preventie van wiegendood. Maar de perinatale sterfte daalt al enige jaren niet, door het hoge percentage allochtonen en meerlingzwangerschappen (Garssen 2004). De vaccinatiegraad en de participatiegraad aan screenings is hoog.

Er heeft in Nederland in 1989 een nogal onverhoedse decentralisatie van verantwoordelijkheden voor de volksgezondheid van het rijk naar gemeenten plaatsgevonden, die later maar ten dele teruggedraaid is. Daardoor komt de publieke gezondheid ongewild apart te staan van het gezondheidszorgbeleid.

Waar Nederland in internationale vergelijking erg goed in is, is de verzameling van beleidsrelevante gezondheidsdata. Dat is niet alleen terug te vinden in de VTV maar ook in bijvoorbeeld de websites van het RIVM en het brancherapport preventie (Witte 2004).

Kritiek op de publieke gezondheid in Nederland richt zich vooral op de geringe beleidsmatige aandacht voor sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) (Rekenkamer 2003). Nederland zal ook beter gebruik moeten maken van de nieuwe mogelijkheden die Europa voor gezondheidsfacetbeleid biedt, vooral in economisch opzicht.

3.6 Zweden

1. Hoe is de PG in Zweden georganiseerd, en welke historische en beleidsmatige factoren liggen aan deze organisatievorm ten grondslag?

De Zweedse gezondheidszorg en ook de PG is sterk gedecentraliseerd. Met name de gemeenten spelen tegenwoordig een belangrijke rol en een groot deel van de financiën worden via gemeentelijke belastingen opgebracht. Deze organisatievorm heeft zowel te maken met de grootte van het land met veel dunbevolkte gebieden, als met een langjarige sociaal-democratische regering. Gemeenten doen veel aan preventie, zowel op het vlak van gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering, als op het vlak van ziektepreventie.

De intramurale zorg is behalve in de grote steden vooral een zaak van de 21 provincies, die daar een groot deel van hun provinciale belastingen aan besteden (80%).

Het PG-beleid is in Zweden goed uitgebouwd. En de resultaten zijn ook bemoedigend. Zweden heeft demografisch gezien inmiddels de oudste bevolking ter wereld. Bijna 20% van de bevolking is ouder dan 65 jaar, wat de huidige gezondheidszorg zelf voor grote problemen stelt (Bassant 2004). Ook de zuigelingen- en kindersterfte is de laagste ter wereld (3/3 per 1000 levendgeborenen). Deze successen lijken een energiek PG-beleid overbodig te maken, maar sinds de 80-er jaren van de vorige eeuw is de belangstelling voor Publieke Gezondheid weer sterk toegenomen, met name door de opkomst van de AIDS-epidemie.

Een Nationale Public Health Commissie (Nationella folkhälsokommittén) werd in 1997 ingesteld. Deze bracht in 1999 een omvangrijk rapport uit ten behoeve van het Zweedse PG-beleid (Nationella 1999). Daarin werd vooral de nadruk gelegd op de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV). Op basis van dit rapport heeft de Riksdag in april 2003 een Public Health doelennota aangenomen (Riksdag 2003). In deze nota worden elf doelen voor het PG-beleid omschreven:

- Involvement in and influence on society
- Economic and social security
- Secure and healthy conditions for growing up
- Better health in working life
- Healthy, safe environments and products
- Health and medical care that more actively promotes good health
- Effective prevention of the spread of infections
- Secure and safe sexuality and good reproductive health
- Increased physical activity
- Good eating habits and safe foodstuffs

- Reduced use of tobacco and alcohol, a drug- and doping-free society and a reduction in the harmful effects of excessive gambling.

Een uitwerking van dit beleid is te vinden in de nota Sweden's new public health policy (Ågren 2003).

2. Welke mate van integratie van gezondheidszorg en PG bestaat er in Zweden?

In Zweden wordt de public health geïntegreerd aangeboden vanuit openbare primary care centres, zo'n 950 met een bijna landelijke dekking (89%). De artsen verstrekken gecombineerd behandeling, advies en preventie en bijna alle huisartsen zijn nagenoeg volledig betrokken bij alle aspecten van de preventieve zorg. Door de centra worden ook consultatiebureaus, vaccinaties, zwangerschapscontroles en check-ups geleverd. (RVZ 2001b)

Toch is er ook in Zweden nog te weinig sprake van integratie van gezondheidszorg en PG. Ågren signaleert in dit verband: "....services need to be much more health-orientated, which implies a shift in perspective towards a holistic view of people's problems and a transition to more health-promoting and preventive policy. Such a change to the medical care services would also improve their efficiency and quality. It emphasizes in particular that advice from medical care services on lifestyle issues is very cost-effective and that primary care has a key role as a result of its extensive contact with people of all ages.(.....) The potential for being able to intervene at an early stage concerning smoking, physical activity, unhealthy eating habits and alcohol consumption is poorly utilized and there is too much of a tendency to use pharmaceuticals as a preventive course of action instead of proposing non-medical measures." (Ågren 2003)

3. In welke mate heeft het gezondheidsbeleid een meer of minder intersectoraal karakter en is het facetbeleid uitgebouwd?

Opvallend is dat de eerste twee gestelde doelen in de PG-nota zich richten op niet specifiek gezondheidsdoelen. Dit getuigt van geaccepteerde intersectorale visie op het PG-beleid. In de toelichting bij deze doelen wordt dit als volgt omschreven:

"The power and opportunities that individuals have to influence their circumstances are of vital importance for their health. Societies where election turn-out is low, where people feel that there is no point taking part in voluntary activities or trying to influence development, are also marked by serious health problems. To achieve the overall national public health objective is therefore vital to strengthen the ability and opportunities for social and cultural participation for people who are economically and socially vulnerable." (Riksdag 2003)

Er is dus een groot bewustzijn van het belang van insectoraal beleid voor de PG. Opvallend is daarbij net als in Finland, dat dit intersectoraal beleid min of meer vanzelfsprekend is, en dus geen aparte actie vraagt, bijvoorbeeld via Health Impact Assessment.

4. In welke mate is het gezondheidsbeleid in Zweden gericht op internationalisering?

Zweden is actief in het PG-beleid van de EU. De minister voor Public Health and Social Services Morgan Johansson neemt uiteraard deel aan de Europese Gezondheidsraad van de ministers van Volksgezondheid. Bewijs voor deze grote geïnvolveerdheid kan gevonden worden in het recente vestigingsbesluit van het European Centre for Communicable Diseases (ECDC) in Stockholm.

Toch heeft Zweden in zijn PG-beleid ook last van het EU-beleid. De officiële onderzoekscommissie Härstedt van het Zweedse parlement kwam in augustus 2004 met het advies om de accijns op alcoholhoudende drank, net als in Finland per 1 mei 2004 is gebeurd, met 40% te verlagen. Dit omdat door de toetreding van de nieuwe landen, zoals Estland, met veel lagere alcoholaccijnzen de clandestiene import grootse vormen heeft aangenomen. De accijnsverlaging met 33% in Finland heeft onmiddellijk tot een zwaardere belasting van de gezondheidszorg en een groter aantal verkeersongelukken geleid (Härstedt 2004).

Het goede PG-beleid van Zweden is ook de WHO niet ontgaan. In de eerste publicatie van de Policy Learning Curve Series van de WHO Europe wordt het Zweedse beleid als goed voorbeeld gepresenteerd.

Als sterke punten van het Zweedse PG-beleid worden daarin genoemd:

- Politicians and experts working together
- Focus on determinants of health and multisectoral implementation
- Demands for strong scientific evidence
- Strong emphasis on the democratic process behind the development of the strategy (Östlin 2001)

5. Wat kan gezegd worden over de doeltreffendheid en doelmatigheid, in uitkomstmaten voor de volksgezondheid?

Zweden heeft met zijn public healthbeleid goede resultaten bereikt en lijkt ook voor de toekomst dit verder te willen uitbouwen. De levensverwachting en de zuigelingen- en kindersterfte zijn de beste ter wereld. Belangrijk kenmerk is de vanzelfsprekende intersectorale focus van het beleid en de sterke internationale gerichtheid.

Consequentie van dit goede beleid is bij een bepaalde demografische ontwikkeling echter ook dat grote problemen kunnen ontstaan in de

gezondheidszorg voor ouderen. Daarnaast zou naar de mening van de Zweden zelf nog veel bereikt kunnen worden door een integratie van gezondheidszorg en de PG.

3.7 Europees Volksgezondheidsbeleid

Sinds een vijftal jaren kan gesproken worden van een Europees Volksgezondheidsbeleid. Toen werd bij de Europese Commissie voor het eerst een afzonderlijk departement voor gezondheid en consumentenbescherming ingesteld, tegenwoordig meestal met zijn aan het Frans ontleende acroniem DG SANCO aangeduid.

Vóór die tijd was er wel al sprake van een afgeleid PG-beleid op Europees niveau. Zoals op vele andere terreinen was in de marge van het algemene economische beleid van de Gemeenschap ook op het vlak van de volksgezondheid Europees beleid totstandgekomen, zoals in de sfeer van de handel in medische producten, de gezondheid en veiligheid in de arbeidssituatie, de veiligheid van producten en het vrije verkeer van beroepsbeoefenaren. Groot voordeel van deze situatie was en is, dat door deze voorgeschiedenis het PG-beleid van de EU per definitie intersectoraal is.

Deze historische ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat zowel in het Verdrag van Maastricht (1992) als dat van Amsterdam (1997) volksgezondheid een eigen plaats kreeg. Weliswaar ging het daarbij nog niet om veel meer dan intentieverklaringen, maar de eerste contouren van een Europees PG-beleid begonnen zich af te tekenen.

Voor de volgers van Europese ontwikkelingen leek het beleid zich vooral toe te spitsen in die jaren op een sterke aandacht voor de grensoverschrijdende gezondheidszorg, en vooral op de kwestie of het vrije verkeer van personen, diensten en goederen ook betrekking zou moeten hebben op gezondheidszorg. Zeer bekend is in dit opzicht het Kohll/Decker-arrest, waarbij behandeling in een ander EU-land als recht werd vastgelegd, niet door de EU maar door het Europese hof. De patiëntenmobiliteit staat sinds die tijd ongewild op de agenda van de EU. De wat eenzijdige aandacht voor dit aspect van de Europese eenwording legde een belangrijk dilemma bloot. De Europese landen wilden eigenlijk geen inmenging in de manier waarop zij hun gezondheidszorg inrichtten:

“...excluding any harmonization of the laws and regulations of the Member States. ...Community action in the field of public health shall fully respect the responsibilities of the Member States for the organisation and delivery of health services and medical care.” (Verdrag van Amsterdam, artikel 152, 1997)

Door de regels op economisch terrein van de verdragen werden de lidstaten gedwongen hun gezondheidszorgbeleid toch enigszins te laten beïnvloeden door Europa. Hoever dat in de naaste toekomst zal gaan is nog niet helemaal duidelijk. Vooralnog wordt ervan uitgegaan dat de lidstaten grotendeels hun autonomie over de gezondheidszorg zullen behouden, maar daarbij wel rekening moeten houden met de Europese afspraken op economisch terrein (Busse 2003).

Een en ander betekent ook, dat niet gestreefd wordt naar harmonisatie van de publieke gezondheidssystemen in de verschillende lidstaten, al zullen ook deze zich moeten voegen naar de economische regels, maar dat is tot nu toe niet voorgekomen. Wel kunnen de lidstaten op bepaalde terreinen een overkoepelend Europees en internationaal PG-beleid voeren.

Dit overkoepelend PG-beleid heeft in eerste instantie vooral vorm gekregen in zogenaamde actieprogramma's. Tussen 1989 en 2002 hebben een groot aantal actieprogramma's gelopen op het gebied van onder meer kanker, drugsverslaving, AIDS en andere infectieziekten en algemene gezondheidsbevordering. Een overzicht van deze actieprogramma's is bijvoorbeeld te vinden in de publicatie 'Public Health in Europe' (European Commission 1997). Na de inwerkingtreding van het Verdrag van Maastricht en het daarin vervatte artikel 129 over de volksgezondheid is er een start gemaakt met een meer integraal kader voor het Europese PG-beleid. Dit leidde in november 1993 tot een algemeen raamwerk voor het PG-beleid (European Commission 1993).

Beleid onder SANCO

De aanleiding tot het instellen van een aparte directie voor volksgezondheid was in 1999 vooral gelegen in de ervaringen met de de BSE-crisis en andere voedselgerelateerde incidenten. Deze gebeurtenissen maakten duidelijk, dat er een grensoverschrijdend gezondheids- en veiligheidsbeleid noodzakelijk was om internationale handel en verkeer niet ten gronde te laten gaan aan zijn potentiële bijwerkingen (Byrne 2004a). Dit werd in de jaren daarop nog eens dubbel en dwars bevestigd door de confrontatie met emergentia infections (SARS, vogelgriep) en (bio-)terro-risme. Daardoor is een Europees PG-beleid min of meer een vanzelfsprekende zaak geworden.

Vanaf 2003 wordt ook niet meer gewerkt met afzonderlijke actieprogramma's voor bepaalde ziektes of interventies, maar met een integraal actieprogramma voor de hele Public Health (Europese Gemeenschappen 2002). Dit programma moet niet verward worden met de verschillende researchprogramma's, waarin gezondheid en gezondheidszorg aan de orde kunnen komen en de ontwikkelingsprogramma's, mede gericht op nieuw toetredende landen.

In het programma worden de volgende drie speerpunten gekozen:

1. Verbetering van de kennis en informatie over gezondheid, met het oog op een betere volksgezondheid, door (...) het opzetten en beheeren van een duurzaam systeem voor gezondheidsbewaking om vergelijkbare, kwantitatieve en kwalitatieve indicatoren op communautair niveau vast te stellen op basis van de besprekingen en de behaalde resultaten en om onderling vergelijkbare en leeftijd- en genderspecifieke informatie te verzamelen, te analyseren en te verspreiden over de volksgezondheid op communautair niveau met betrekking tot de gezondheidssituatie, het gezondheidsbeleid, en gezondheidsdeterminanten zoals demografie, geografie en sociaal-economische situatie, persoonlijke en biologische factoren, gedrag dat de gezondheid beïnvloedt, zoals drugsmisbruik, voeding, fysieke activiteiten, seksueel gedrag, leef- en arbeidsomstandigheden alsook milieuomstandigheden, en bijzonder belang te hechten aan de ongelijkheden op gezondheidsgebied;
2. Vergroting van het vermogen om snel en gecoördineerd op gezondheidsbedreigingen te reageren via: (...) vergroting van het vermogen om overdraagbare ziekten aan te pakken door ondersteuning van de verdere uitvoering van Beschikking nr. 2119/98/EG tot oprichting van een netwerk voor epidemiologische surveillance en beheersing van overdraagbare ziekten in de Gemeenschap;
3. Gezondheidsbevordering en ziektepreventie door middel van maatregelen die zowel betrekking hebben op gezondheidsdeterminanten als op alle communautaire beleidsterreinen en activiteiten door met name: (...) uitwerking en uitvoering van strategieën betreffende bewustmaking aangaande aan leefstijl gebonden gezondheidsdeterminanten zoals voeding, lichaamsbeweging, tabak, alcohol, drugs en andere stoffen, alsmede betreffende geestelijke gezondheid, waaronder maatregelen die op alle communautaire beleidsterreinen en in alle leeftijd- en genderspecifieke strategieën getroffen moeten worden; (...) het analyseren van de situatie en uitwerken van strategieën betreffende sociaal-economische gezondheidsdeterminanten om ongelijkheden op het gebied van de gezondheid op te sporen en weg te werken en om de invloed van sociaal-economische factoren op de gezondheid te beoordelen;

Deze speerpunten lijken redelijk in overeenstemming met de prioriteiten, zoals die in de beleidsvoornemens van de beschreven landen zijn verwoord, alsook met die van Nederland (Min VWS 2003). Voor projecten is voor een periode van 6 jaar 312 miljoen euro beschikbaar. De aangevraagde projecten worden vanuit het nieuwe directoraat geprogrammeerd aan de hand van de drie geformuleerde speerpunten.

Ook in dit besluit is het subsidiariteitsbeginsel nog volop van kracht: "Overeenkomstig het subsidiariteitsbeginsel en het evenredigheidsbegin-

sel van artikel 5 van het Verdrag mag de Gemeenschap op gebieden die niet onder haar exclusieve bevoegdheid vallen, zoals de volksgezondheid, slechts optreden indien en voor zover de doelstellingen van het overwogen optreden vanwege de omvang of de gevolgen ervan beter door de Gemeenschap kunnen worden verwezenlijkt. De doelstellingen van het programma kunnen niet in voldoende mate door de lidstaten worden verwezenlijkt en bijgevolg moet het programma, vanwege de complexiteit, het transnationale karakter en het ontbreken van volledige controle door de lidstaten op de factoren die op de gezondheid van invloed zijn, de acties en de maatregelen van de lidstaten ondersteunen en coördineren. Het programma kan voor een significante meerwaarde voor de gezondheidsbevordering en de gezondheidsstelsels in de Gemeenschap zorgen door ondersteuning van structuren en programma's die bevorderlijk zijn voor de capaciteiten van individuele personen, instellingen, verenigingen, organisaties en organen op het gebied van de gezondheidszorg, doordat de uitwisseling van ervaringen en beste praktijken wordt vergemakkelijkt en er een basis wordt verschaft voor een gemeenschappelijke analyse van de factoren die van invloed zijn op de volksgezondheid. Het programma kan eveneens toegevoegde waarde bieden bij bedreigingen van de volksgezondheid van transnationale aard, bijvoorbeeld besmettelijke ziekten, milieu- of voedselverontreiniging, voor zover daarbij gemeenschappelijke strategieën en acties aangewezen zijn. Het programma zal de Gemeenschap helpen haar Verdragsverplichtingen op het gebied van de volksgezondheid na te komen, onder volledige eerbiediging van de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging. Dit besluit gaat niet verder dan wat nodig is om die doelstellingen te verwezenlijken.” (Europese Gemeenschappen 2002)

Opvallend is, dat voorzichtigheidshalve de subsidiariteit ook op gezondheidsdiensten van toepassing wordt verklaard.

Op een aantal terreinen is de EU inmiddels gekomen tot het instellen van concrete organen om de verwoorde doelstellingen te realiseren. Zo is in 2003 de Europese Voedsel Autoriteit van start gegaan (EFSA 2004). In mei 2005 zal ook het European Centre for Disease Control (ECDC) in Stockholm zijn activiteiten starten. De directeur van het Zweedse instituut voor infectieziektenbestrijding benadrukt in een commentaar dat:

“The ECDC will have no regulatory power in accordance with the rule that the European Union does not issue directives in the field of public health. This is why the choice of director is so important. The director must be a leader who can attract epidemiologists, microbiologists and scientists of very high standards. The tasks of the ECDC are formulated in such a general way that the board and the director will have considerable freedom to develop a working plan for the centre.” (Ragnar Norrby 2004)

In dat kader is het bijzonder, dat als eerste voorzitter van de Raad van Bestuur van het ECDC de huidige directeur van het RIVM, Sprenger, is benoemd. Dit is mede te danken aan het feit dat al sinds 1999 bij het RIVM het European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) is gevestigd. Deze activiteit heeft inmiddels zijn sporen verdiend (Bronzwaer 2003).

Het afgelopen jaar is de EU overgegaan op een nieuw, meer pro-actief beleid op het vlak van de volksgezondheid (Byrne 2004b). Dit wordt waarschijnlijk mede beïnvloed door de voorlopige vaststelling van de Europese Grondwet, waarin de inhoud van artikel 152 van het Verdrag van Amsterdam definitief is vastgelegd in artikel III-278. Opvallend is daarbij, dat ook de EU een duidelijke consultatieronde inbouwt in de beleidsvorming op het vlak van de PG.

Tenslotte moet opgemerkt worden dat sommige landen ook last hebben van Europa in hun PG-beleid. Zo hebben Finland en Zweden hun hoge alcoholaccijnzen moeten aanpassen na de toetreding van met name Estland, en kan het Verenigd Koninkrijk zijn toch al ruime regels voor de invoer van alcoholhoudende drank voor persoonlijk gebruik nauwelijks handhaven.

4 Conclusies

1. Welke mate van integratie van publieke gezondheid met de gezondheidszorg bestaat er in de besproken landen?

Het laten uitvoeren van een groot deel van de preventie door de gezondheidszorg leidt niet per se tot betere resultaten, zoals de situatie in Duitsland aangeeft. Belangrijke extra voorwaarde is, dat er ook bij uitvoering door de gezondheidszorg sprake is van een programmatische aanpak. Anders lijken de resultaten, uitgedrukt in bijvoorbeeld vaccinatie- en participatiegraad, achter te blijven bij preventie vanuit de PG in engere zin. Het is op dit moment niet duidelijk of de voorgenomen preventiewetgeving in Duitsland deze sterkere programmering zal aanbrengen. De onderhandelingen tussen Krankenkassen en de artsorganisaties lijken niet tot een voldoende structurering van de PG binnen de zorg te leiden.

In landen met een overheidsgezondheidszorg is integratie van de PG met de zorg gemakkelijker te realiseren, zoals met name in Finland is gebelegen. Maar ook in die situatie blijft het moeilijk tot een effectieve preventie te komen, wanneer de (huis)artsen niet in overheidsdienst zijn, zoals in Engeland. Dan zijn er nog extra incentives nodig om de beroepsbeoefenaren in de zorg tot een strikte uitvoering van de PG te verleiden. In Engeland is men al jaren naarstig op zoek naar dergelijke incentives, maar de definitieve sleutel lijkt nog niet gevonden. Nederland zou dit proces met belangstelling moeten volgen, met name op het vlak van de prestatie-indicatoren.

Overheidsgezondheidszorg met artsen in dienstverband leidt ook niet automatisch tot effectievere preventie. In Zweden is men ervan overtuigd, dat de gezondheidszorg nog een veel grotere inspanning zou kunnen leveren. Mogelijk is dit mede een gevolg van de al uitstekende volksgezondheid in dat land, waardoor de urgentie van een effectievere preventie minder dringend lijkt. Bij bepaalde demografische verhoudingen is ook de economische noodzaak tot een grotere PG-inspanning minder dringend. Voor de Nederlandse situatie is dit stadium echter nog niet bereikt.

In ieder geval lijkt het niet verstandig om te proberen zoveel mogelijk preventie via de ziektekostenverzekeringen te regelen. In Nederland is dat nu ook nog nauwelijks het geval. Een aantal preventieprogramma's is om praktische redenen in de AWBZ ondergebracht, maar de minister heeft recent te kennen gegeven de bevolkingsonderzoeken op kanker naar de begroting te willen overhevelen.

In de meeste andere landen wordt in de gezondheidszorg meer opportunistische preventie bedreven dan in Nederland. Of dit positieve effecten heeft voor de volksgezondheid is uit de voorhanden wetenschappelijke gegevens voorsnog niet op te maken. De terughoudendheid in Nederland heeft waarschijnlijk zowel te maken met ons restrictieve beleid ten aanzien van secundaire preventie onder het regiem van de Wet op het Bevolkingsonderzoek, als met de terughoudende opstelling van de kant van de huisartsen. Een screening op diabetes werd onlangs voorsnog door de Gezondheidsraad afgewezen. Andere landen, zoals Duitsland en Hongarije zijn in dat opzicht veel minder terughoudend.

In met Nederland vergelijkbare landen bestaat dus vaak een substantieel grotere betrokkenheid van de gezondheidszorg bij de uitvoering van de openbare gezondheidszorg. Ook zijn de preventieve diensten vaak meer ondergebracht in het verzekeringssysteem. Dit wettigt de conclusie, dat een substantiëlere bijdrage van de gezondheidszorg aan de volksgezondheid in ieder geval mogelijk is. Of dat ook tot betere resultaten leidt is onduidelijk, al is in dit verband het voorbeeld van Finland hoopgevend.

Onderbrenging van grote delen van de financiering van de PG onder het ziektekostenverzekeringssysteem is in andere landen gerealiseerd. Gegevens of dit leidt tot een grotere efficiency en kosteneffectiviteit van deze vormen van zorg, zijn echter niet voorhanden. Voor de vaccinatieprogramma's is duidelijk dat uitvoering door de gezondheidszorg leidt tot een lagere vaccinatiegraad. Voor het bereik van screenings is dat onduidelijk.

Tenslotte komt een integratie van de PG met de gezondheidszorg veel gemakkelijker tot stand, wanneer er sprake is van een min of meer blanco vertreksituatie. Dit is bijvoorbeeld in de meer landelijke gebieden van Hongarije, waar de gezondheidszorg opnieuw moest worden opgebouwd, het geval. Een Nederlands voorbeeld voor deze conclusie is terug te vinden in Almere, maar in andere nieuwe woongebieden is deze integratie niet of nauwelijks totstandgekomen. Het gaat er ook om of het beleid gericht in deze richting wordt gestuurd.

2. In hoeverre heeft het gezondheidsbeleid een intersectoraal karakter?

Nederland heeft altijd voorop gelopen in het ontwikkelen van het concept van intersectoraal gezondheidsbeleid. In veel van de beschreven landen wordt Nederland dan ook als voortrekker op dit vlak gezien. Toch lijkt hier enigszins de wet van de remmende voorsprong te gaan gelden. Het intersectoraal gezondheidsbeleid is op nationaal niveau in Nederland nauwelijks meer een punt van aandacht, omdat men in dit opzicht alles op de kaart van het lokale gezondheidsbeleid heeft gezet.

Interessant is in dit verband de Europese positie. Het Europese gezondheidsbeleid is van meet af aan intersectoraal geweest, omdat het altijd afgeleide was van het economisch beleid. Pas sinds 1999 is er een zelfstandig directoraat voor volksgezondheid, waardoor een eigenstandig gezondheidsbeleid aan het ontstaan is. Maar de EU blijft het intersectoraal karakter van dit beleid benadrukken, vooral ook vanuit de overtuiging, dat dit een essentiële voorwaarde is voor een goede economische ontwikkeling. Een aantal grote volksgezondheidsbedreigingen van de afgelopen (BSE, dioxine) en de komende tijd (HIV, influenzapandemie) versterken deze overtuiging, zoals in de afgelopen Europese Raad van Gezondheidsministers onder Nederlands voorzitterschap (3 december 2004) nog weer eens is vastgesteld. Maar over het algemeen volgt de landelijke overheid in Nederland dit Europese voorbeeld van intersectoraal PG-beleid maar in beperkte mate.

Bijzondere aandacht moet gevraagd worden voor de mogelijke voordelen van gemeenschappelijk beleid op het vlak van arbeid en gezondheid. In Duitsland is dit in ieder geval op papier ten dele gerealiseerd. Mogelijk dat dat bij de komende preventiewetgeving nog verder kan worden versterkt. In Nederland heeft emeritus hoogleraar Sociale Geneeskunde D. Post sinds jaar en dag voor intersectoraal beleid en uitvoering op dit vlak gepleit, maar zonder resultaat. Het project van Lieshout over dit onderwerp heeft niet tot enige politieke en maatschappelijke discussie geleid en gevreesd moet worden dat zijn rapport geen enkel effect zal sorteren.

De effectiviteit van omvattend intersectoraal PG-beleid is inmiddels voldoende gedocumenteerd, met name aan de hand van het beschreven Noord-Karelië-project in Finland. Dit wordt in veel van de beschreven landen als een inspirerend voorbeeld gezien, met name in Engeland, waar men probeert het principe van deze aanpak op grote schaal door te voeren. Belangrijk element bij een dergelijke omvattende intersectorale aanpak blijkt ook de geïnvolveerdheid van de bevolking en van alle stakeholders. Voor het slagen is dit essentieel en Noord-Karelië is een internationaal erkende successtory op dit vlak.

Voor Engeland probeert dit model conscentieus door te voeren. Daarbij is vooral het gebruik van de zogenaamde consultatieronde een belangrijk middel. De bevolking en beoogde participanten worden in een vroeg stadium in staat gesteld hun commentaar te leveren op het beleid, wat de betrokkenheid aanmerkelijk lijkt te vergroten. In Nederland is het Hartslag-project in Zuid-Limburg mede op dit principe gebaseerd, maar consultatie wordt niet systematisch toegepast.

Betrekkelijk nieuw in de discussie over intersectoraal beleid is de notie, dat intersectoraal gezondheidsbeleid ten dienste moet staan van de alge-

mene economische ontwikkeling. Het meest pregnant is dit verwoord in het recente Engelse Wanless-report. Maar ook in beleidsnotities van de EU, de WHO, de OECD en de Worldbank wordt deze notie stevig aanzet. In Nederland is de discussie hierover geëntameerd door het Public Health Forum (Groot 2003).

In landen waar men nog veel te doen heeft aan het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg, blijft de PG-inspanning achter, ook al bestaat daartoe een enorme noodzaak, zoals in Hongarije.

3. Op welke terreinen van de PG wordt in Europees en internationaal verband samengewerkt?

Internationalisering en globalisering gaan onze gezondheid in steeds sterkere mate bepalen. Steeds meer bedreigingen, met name op het terrein van de 'emerging infections' vragen de aandacht. Tegelijkertijd biedt deze internationalisering ook hele nieuwe mogelijkheden om de publieke gezondheid te bevorderen en te beschermen. Sommige gezondheidsproblemen kunnen zonder internationale samenwerking zelfs helemaal niet opgelost worden.

Nederland heeft tot nu toe een redelijke voorloperspositie ingenomen waar het gaat om Europese samenwerking op het terrein van de PG. Niet voor niets heeft Nederland nu het eerste voorzitterschap van de op te richten Europese CDC verkregen. Wel toevallig is, dat de belangrijke momenten voor het vastleggen van een Europees PG-beleid steeds onder Nederlands voorzitterschap plaatsvonden: Maastricht, Amsterdam, Grondwet. Maar adelplicht.

Minder voortvarend is Nederland opgetreden in de implementatie van de Health for all-strategie van de WHO. Na aanvankelijk enthousiasme, zoals die bijvoorbeeld bleek uit de Nota 2000 en het zogenaamde ontwerp-Kerndocument, is de internationale oriëntatie van het PG-beleid sterk verflauwd. In dat opzicht is met name Finland veel strikter in de leer geweest en naar het schijnt met succes.

In de nieuwe Europese grondwet is aan de Europese Unie nadrukkelijk aandacht voor volksgezondheid. Het Europees 'Centre for Disease Control' gaat in Zweden van start. Een belangrijk deel van de publieke gezondheid zal in de toekomst in internationaal verband worden ondernomen, mogelijk aan de hand van een door dit centrum uit te brengen Europese VTV.

Het preventieconcert

In alle landen in de vergelijking van dit signalement wordt de publieke gezondheid als belangrijk tot zeer belangrijk gezien, maar het komt maar

moelijk tot gecoördineerde actie. In de landen om ons heen hebben ze daarvoor een mooie term: ‘Konzertierte Aktion’, ‘action concertée’, ‘concerted action’. De aanpak van publieke gezondheid is naar de stellige overtuiging van onze burens vooral te bereiken door een gemeenschappelijke inspanning van alle partijen: internationale, nationale en lokale overheden, andere relevante beleidssectoren, burgers, wetenschap, professionals, bedrijfsleven, gezondheidszorg, verzekeraars en andere maatschappelijke organisaties.

In een dergelijk preventieconcert kunnen alle noodzakelijke instrumenten worden ingezet. Soms kan volstaan worden met een klein kamerorkest om een overzichtelijk probleem te bespelen. Vaak is een volledige bezetting aangewezen, waarin iedereen zijn of haar partijtje meeblaast of -strijkt. Voor de echt grote stukken zal het orkest nog uitgebreid moeten worden met een koor of met internationale coryfeeën om het geheel goed te laten klinken. En dat alles onder leiding van een goede dirigent, waarbij uiteraard een vaste dirigent onontbeerlijk is, maar het spannend is af en toe een gastdirigent uit te nodigen.

Het gezondheids- en preventiebeleid in verschillende landen om ons heen heeft als gemeenschappelijk kenmerk, dat men binnen zijn eigen historische en organisatorische verhoudingen probeert een dergelijke ‘geconcerteerde actie’ tot stand te brengen. Dat gaat in landen met een overheidsgezondheidszorg ogenschijnlijk wat gemakkelijker en succesvoller, dan in landen met een sociaal verzekeringsstelsel voor de gezondheidszorg. In landen met een sociaal verzekeringsstelsel is het moeilijker om tot harmonieus samenspel rond preventie te komen. De verzekeraars en ook de gezondheidszorg in die landen achten zich niet spontaan voor de publieke gezondheid verantwoordelijk en het verzekeringsstelsel bevat niet van nature incentives voor gezondheidsbevordering.

Op veel terreinen van publieke gezondheid heeft Nederland in het recente verleden de eerste viool gespeeld, zoals bijvoorbeeld in het intersectoraal gezondheidsbeleid, de internationalisering, en de verzameling van beleidsrelevante gezondheidsdata. Behalve op het laatste terrein lijkt echter de wet van de remmende voorsprong gewerkt te hebben. Andere landen hebben van de Nederlandse ervaring en kennis gebruikgemaakt om zelf een stap verder te zetten. Dus kan Nederland nu weer van buitenlandse ervaringen leren om zijn publieke gezondheid beter te orkes-
treren.

Literatuur

Ågren, G. Sweden's new public health policy. Swedish National Institute of Public Health, Stockholm, 2003.

www.fhi.se

Allin, S., a.o. Making decisions on public health: a review of eight countries. European Observatory, Brussels, 2004.

Ankoné, A. Groot-Brittannië: eerste lijn staat voor wéér een dramatische verandering. Zorg Aan Zet, 2004.

www.zorgaanzet.nl

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 SGB V. IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach. 2003.

Arbeitsgruppe Präventionsgesetz. Handlungsbedarf in der Prävention. Berlin 4 Mei 2004.

Bassant, E. Zweeds zorgmodel vertoont barsten. Financieel Dagblad 11 September 2004.

Bolt, A. Openbare gezondheidszorg in de nieuwe EU: een impressie. Vakblad over gezondheid en maatschappij, 2004, nr. 3, p. 16-19.

Bronzwaer, S. European antimicrobial resistance surveillance as part of a Community strategy. Proefschrift. Groningen: Universiteit van Groningen, 2003.

Brösskamp-Stone, U. u.A. Institutionen, Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention. In: F. Schwarz, ed. Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg, München, 1998.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Nationale Aufgabe Prävention. Eckpunkte. Berlin 4 Mei 2004.

Busse, R. The European Union and health policy. Voordracht Boedapest 12 Dec. 2003.

Busse, R. und A. Riesberg, Health Care Systems in Transition: Germany. Copenhagen, 2004.

- Byrne, D. Working towards Good Health for All. Voordracht Open Health Forum, Brussels, 17 mei 2004a.
- Byrne, D. Enabling Good Health for all. A reflection process for a new EU Health Strategy. 15 juli 2004b.
- Delnoij, D.M.J., I. Kulu Glasgow, N.S. Klazinga, T. Custers. Gezondheid, zorg en stelsel. Den Haag, Ministerie van VWS, 2001.
- Department of Health. Tackling Health Inequalities. A Programme for Action. London: Department of Health Publications, 2003.
- Department of Health. Choosing Health? A consultation on action to improve people's health. London: Department of Health Publications, 2004a..
- Department of Health. Choosing Health? A consultation on action to improve people's health. Summary. London: Department of Health Publications, 2004b.
- Department of Health. Choosing Health; Making healthy choices easier. London: Department of Health Publications, 2004c.
- European Commission. Commission communication on the framework for action in the field of public health. COM(93) 559final. Brussels, 24 november 1993.
- European Commission. Public Health in Europe. Luxemburg : Directorate-General for Employment, Industrial relations and Social Affairs, 1997.
- European Food Safety Authority. Management Plan of the European Food Safety Authority. Brussels, 20 January 2004.
- European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition. Finland. Kopenhagen, 2002a.
- European Observatory on Health Care Systems. April 2002b. Health Care Systems in eight countries: trends and challenges. London: School of Economics & Political Science.
- European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition. The Netherlands. Kopenhagen, 2004.
- Europese Gemeenschappen. Besluit Nr. 1786/2002/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 september 2002 tot vaststelling

van een communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008). Brussel, 2002.

Gaál, P. Health Care Systems in Transition, Hungary. Copenhagen 2004.

Garssen, J. en A. van der Meulen. Ontwikkelingen rond de perinatale sterfte in Nederland. Bevolkingstrends, 3de kwartaal 2004, p.15-31.

Gericke Chr., R. Busse. Präventionspolitik im europäischen Vergleich. In K. Hurrelmann u.a. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 2004.

Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Präventionsgesetz des Bundes. 17/18 Juni 2004.

Groot, W., e.a. Gezondheid: een kapitaal goed. Naar een economie van de public health. Public Health Forum, 2003.

Groot, W. and H. Maassen van den Brink. Health-adjusted life-expectancy in Britain, 1991-1998. Maastricht : Maastricht University, 2004a.

Groot, W. Investing in Public Health. Inaugural lecture. Kiev: National University of Kyiv-Mohyla Academy, 2004b.

Häkkinen, U. The changing roles of municipalities in Finnish health care. Eurohealth 4(1) 1998 :18-20.

Härstedt, K. Voorstel accijnsverlaging op alcohol. Geciteerd in het Financ. Dagblad 18 Augustus 2004.

Henkel, G.L. North Karelia Project shows the world how to reduce heart disease. New World Finn, 2004.
http://www.kantele.com/nwfwebsite/puska_heart.html.

Herten, L.M. van. Health targets, navigating in health policy; Gezondheidsdoelen: navigeren in gezondheidsbeleid. Proefschrift Amsterdam. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001.

Hungarian Association of Healthy Cities. Yearbook 2000.

IOD, Civil society organizational development in Hungary. 2004.
<http://www.okotars.hu/english/iod.html>.

Järvelin, J. Health care systems in transition; HiT summary. European Observatory (WHO), 2002.
<http://www.euro.who.int/Document/Obs/FINsum112002.pdf>.

Jávor, A. Ten year program of health promotion in Hungary. 2002.
www.eurasiahealthtransitionconference.org

Johan Bela Institute of Epidemiology: 'Johan Bela' National Programme for the Decade of Health. Boedapest, 2003.

Jóna G., K Ágó en Á. Bóta, Implementation of the Hungarian model in Veresegyház. Voordracht 21 mei 2004.

Kramers, P.G.M., P.W. Achterberg en E.A. van der Wilk. Leren van het buitenland, Gezondheid en zorg internationaal vergeleken: een samenvatting van drie studies. RIVM: Bilthoven, 2001.

Leppo, K. The Finnish HFA 2000 programme and its implementation – with special reference to intersectoral action for health. 2002. Terveys 2015,
http://www.terveys2015.fi/julkaisut_arviointiseminaari3.html.

Lewis R.Q. Back to the future? BMJ 329, 2004, p. 923-4.

Lieshout P.A.H. Sociale zekerheid en Zorg. Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2003.

Lindner U. Chronische Gesundheitsprobleme. Das deutsche Gesundheitssystem vom Kaiserreich bis in die Bundesrepublik. Das Parlament, 11 augustus 2003, p.21-8.

Lucht, F. van der en J. Jansen. Beleidsafhankelijke determinanten van enkele belangrijke gezondheidsproblemen en bijbehorende beleidsactoren. Bilthoven: RIVM, 1999.

Mackenbach, J.P. 'Sociale geneeskunde en 'public health': historische kanttekeningen bij de Nederlandse situatie'. Tijdschrift sociale geneeskunde 81, 2003, (8):450-458.

McKee, M., J. Figueras. For Debate: Setting priorities: can Britain learn from Sweden? BMJ 312, 1996, p.691-4.

McKee, M , L. MacLehose and E. Nolte (eds.) Health policy and European Union enlargement. Open University Press, 2004.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Health for all by the year 2000: rapportage Nederland 1997. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1997.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Langer gezond leven 2004-2007; Ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: VWS, 2003.

Ministry of Health, Welfare and Sport. Living longer in good health. Also a question of a healthy lifestyle. The Hague : Netherlands Healthcare Prevention Policy, 2004.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Doelgericht veranderen, Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1989.

Ministry of Social Affairs and Health. Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Helsinki: Edita Plc., 2001.

Nationella folkhälsakommittén. Health on equal terms – national goals for Public Health. Ministry of Health and Social Affairs. Stockholm 19 December 1999.

Nolte, E. and M. McKee. Does Healthcare save lives? London, 2004.

Novotny, Th. E. Tobacco Control in the Former Socialist Economies of Europe and Central Asia. Eurohealth 4, 1998/99, no. 6, p.13-17.

Östlin P. & F. Diderichsen: Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. Policy Learning Curve Series Nr. 1. WHO Europe. Brussels: European Centre for Health Policy, 2001.

Pardell, H., e.a. East-West differences in reported preventive practices. European J. of Public Health 11, 2001, p. 393-6.

Perenboom, R.J.M. Health Expectancies in the Netherlands. Proefschrift, Amsterdam 2004.

Post D., R.H. Bakker en J.W. Groothoff. Sociale zekerheid en zorg: op weg naar een integratie? TSG 2004, 82, p.526-9

Puska, P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine , 2002, 4(1): 5-7.

Puska, P. The North Karelia Project: from community intervention to national activity in lowering cholesterol levels and CHD risk. European Heart Journal Supplements, 1999.
<http://www.cvhpinstitute.org/daniel/readings/northkareliacap.PDF>

Putters, K. en T.E.D. van der Grinten. 'Facetbeleid en gezondheids-effectscreening; de bestuurlijke inbedding van een gezondheidskundig instrument'. Tijdschrift sociale geneeskunde, 1998, no. 76, p. 258-262.

Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies kennisinfrastructuur Public Health: Kennisverwerving en kennistoepassing. Den Haag: RGO, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Samenwerken aan openbare gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid in al haar facetten. Zoetermeer: RVZ, 2000a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezond zonder zorg. Zoetermeer: RVZ, 2000b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezond zonder zorg: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2000c.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2001a. Gezondheidsrisico's, voorzien, voorkomen en verzekeren. Zoetermeer: RVZ, 2001a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001b.

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

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Exploderende zorguitgaven. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raffel, M.W. (ed.). Comparative Health Systems. Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems. The Pennsylvania State University Press, University Park and London, 1984.

Raffel, M.W. Health Care and Reform in Industrialized Countries. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press, 1997.

Ragnar Norrby, S. Alert to a European epidemic. Nature 2004, no. 431, p. 507-8.

Rekenkamer. Preventieve gezondheidszorg. Den Haag: Sdu uitgevers, 2003.

Rethelyi J. Comparative introduction to CEE health services – the EU

context. Presentation at the European Health Executive Programme, Boedapest, 19 Mei 2004.

Rico, A. en W. Wisbaum. Radical devolution in Finnish health care. Euro Observer, 2002, 4(2):6-7.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Riksdag. Public Health objectives. Stockholm, April 2003.

Robinson, R. en A. Dixon. Health care systems in transition; United Kingdom. European Observatory(WHO), 1999.
<http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>.

Seewald O. Expertise Präventionsregelungen. Universität Passau, April 2002.

Soet, M. de.. Facetbeleid. Wat kan Nederland leren van het buitenland? Scriptie BMG Rotterdam, 2004.

The NHS explained. National Health Service, 2004
<http://www.nhs.uk/thenhsexplained/HowTheNHSWorks.asp>.

The Research File; Doing it Right...in North Karelia. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 2001.
<http://www.cflri.ca/pdf/e/rf0108.pdf>.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Nota Gezond en Wel, kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998. Den Haag: Sdu uitgevers, vergaderjaar 1994-1995. No. 24126-2.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Openbare gezondheidszorg. Den Haag: Sdu uitgevers, vergaderjaar 1998-1999. No. 26598-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. 1992. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1992-1993. No. 22894-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Langer gezond leven; Ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag, Sdu uitgevers, vergaderjaar 2003-2004. No. 22894.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Antwoorden op vragen over “Langer gezond leven; Ook een kwestie van gezond gedrag”. Den Haag, Sdu uitgevers, vergaderjaar 2003-2004. No. 22894-20.

Varela Put, G. en M. Penris. Facetbeleid kwaliteit en doelmatigheid; Welke factoren beïnvloeden de doeltreffendheid? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2003.
http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidsbeleid/facetbeleid/facetbeleid_doeltreffendheid.htm.

Varga T. Prevention programmes of the Misszió model. Voordracht 21 mei 2004.

Viel Kritik am Präventionsgesetz. Franfurter Allgemeine Zeitung 3-02-2005.

Walter, U. Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Hannover, 2003.

Water, H.P.A. van de. Bouwen aan basisgezondheidszorg: over wetenschappelijke en organisatorische grondslagen van collectieve preventie. Proefschrift Rotterdam. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1989.

Water, H.P.A. van de. Bull's Eye or Achilles' Heel. Copenhagen: WHO Europe, 1996.

Water, H.P.A. van de en L.M. van Herten. Health Policies on Target?: Review of Health Target and Priority Setting in 18 European Countries. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1998.

Wanless, D. Securing our Future Health: Taking a Long-Term View. London: HM Treasury, April 2002.

Wanless, D. Securing Good Health for the Whole Population. Final report. Norwich: HMSO, februari 2004.

WHO. International Digest of Health Legislation. Hungary. Law 154 of 15 December 1997 on public health.

WHO. World Health Report 2000: Health Systems: Improving performance. Geneva: WHO, 2000.

WHO Europe. Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future. Copenhagen 2002.

Witte, K.E. e.a. Brancherapport Preventie 2000-2003. RIVM: Bilthoven 2004.

World Bank, Investing in health, world development indicators. World Development report 1993. New York: Oxford University Press, 1993.

World Bank, Public Health and World Bank Operations. Washington, 2002.

Overzicht publicaties RVZ

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

Adviezen en achtergrondstudies

05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier	gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€ 15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning	gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)	gratis
04/08	Gepaste zorg	€ 15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00

03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€ 13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	€ 11,34
01/04E	Healthy without care	€ 9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€ 19,29

00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€ 13,61
00/03	De rollen verdeeld	€ 13,61

Bijzondere publicaties

04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€ 15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€ 15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen	gratis
01M/01E	E-health in the United States	€ 11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€ 9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€ 6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€ 9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€ 11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€ 6,81

Signalementen

Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€ 15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€ 15,00

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004	gratis
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)	gratis

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

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

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

Werkprogramma's en jaarverslagen

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