

STURING OP GEZONDHEIDSDOELEINDEN EN GEZONDHEIDSWINST OP MACRONIVEAU

J.A.M. Maarse

CAPHRI/BEOZ

Universiteit van Maastricht

1. Vraagstelling

Deze achtergrondstudie biedt een beknopt overzicht van en tracht enkele lessen te trekken uit ervaringen in binnen- en buitenland met wat wij hier verder aanduiden als gezondheidsbeleid. De grenzen van gezondheidsbeleid zijn niet scherp te trekken. De belangrijkste kenmerken ervan zijn: (a) gericht op het bereiken van bepaalde (gekwantificeerde) gezondheidsdoeleinden; (b) een sterke focus op factoren die gezondheid beïnvloeden (gezondheidsdeterminanten); (c) preventief van opzet; (d) een intersectorale beleidsstrategie (De Leeuw, 1989; De Leeuw & Polman, 1995). Gezondheidsbeleid door de overheid wordt hier opgevat als sturen op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst op macroniveau.

Gezondheidsbeleid kan vele vormen aannemen. Sommige programma's zoals de vermindering van perinatale sterfte, de inenting van pasgeborenen tegen ziekten of de screening van vrouwen op borstkanker of spelen zich grotendeels binnen de kolom van de (openbare) gezondheidszorg af. Andere programma's kennen een breder bereik en vergen een veel meer intersectorale aanpak. Voorbeelden hiervan zijn programma's gericht op het verminderen van het aantal rokers, het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik of het terugdringen van overgewicht. Terwijl sommige programma's op de gehele bevolking zijn gericht, is bij andere programma's sprake van een focus op specifieke probleemcategorieën (bijvoorbeeld mensen in een achterstandswijk) of ziektebeelden (bijvoorbeeld dementie). Gezondheidsprogramma's kunnen ook tot doel hebben verschillen in gezondheid te verminderen. Weer een ander onderscheid is het onderscheid tussen gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Terwijl gezondheidsbescherming ten doel heeft de blootstelling aan gezondheidsbedreigende omgevingsfactoren te beperken, gaat het bij gezondheidsbevordering om het stimuleren van een gezonde leefstijl. Ziektepreventie richt zich op het voorkomen of vroegtijdig signaleren van ziekten (VWS, 2007).

Gezondheidsbeleid wordt hier onderscheiden van gezondheidszorgbeleid of breder zorgbeleid. Zorgbeleid vatten wij op als het geheel van beleidsprogramma's betreffende de inrichting van het zorgsysteem in brede zin. Belangrijke thema's zijn onder meer de financiering van de zorg, de organisatie van het zorgaanbod en de kwaliteit van zorg. Zorgbeleid is gericht op het bereiken van *systeemdoeleinden* zoals de doelmatigheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. In het huidige zorgbeleid van de overheid is ook de verruiming van de keuzevrijheid van de burger in de rol van verzekerde en zorgvrager tot systeendoel verheven.

Gezondheidsbeleid en zorgbeleid zijn nauw met elkaar verweven. Effectief gezondheidsbeleid vereist een goed functionerend zorgsysteem en is gedoemd te falen als bijvoorbeeld de noodzakelijke zorg niet meer voor iedereen toegankelijk zou zijn of de kwaliteit ervan ernstig tekort zou schieten. Vanuit het gezondheidsbeleid is het zorgsysteem echter niet meer dan een van de determinanten van gezondheid. Andere determinanten betreffen biologische factoren (leeftijd, geslacht, erfelijke factoren), leefstijl, sociaalculturele factoren, de woon-, werk- en leefomgeving en tenslotte de bredere maatschappelijke omgeving zoals economie, milieu en cultureel klimaat (Wismar et al, 2006). Gezondheidsbeleid heeft naar zijn aard dus een bredere strekking dan zorgbeleid. Analytisch beschouwd vormt zorgbeleid onderdeel van gezondheidsbeleid.

Omgekeerd kan een effectief gezondheidsbeleid een belangrijke bijdrage leveren aan het succes van zorgbeleid. Een van de centrale thema's in het huidige zorgbeleid betreft immers de vraag naar de (toekomstige) betaalbaarheid van de zorg. Een onbetaalbare zorg zal op de duur onvermijdelijk vergaande consequenties hebben voor de toegankelijkheid van de zorg. Het beleid moet er daarom op gericht zijn het beroep op zorgvoorzieningen zoveel mogelijk te voorkomen. Sleutelbegrip in dit verband is preventie.

Beziet men de verhouding tussen gezondheidsbeleid en zorgbeleid vanuit een historisch perspectief, dan lijkt het erop dat het zwaartepunt in de beleidsvoering van de overheid steeds meer in de richting van het zorgbeleid is verschoven. Systeemdoeleinden domineren de beleidsagenda. Dit is wellicht een begrijpelijke ontwikkeling gelet op de enorme geldstroom die in de zorg omgaat en de grote politieke gevoeligheid van de zorgsector. Tegelijkertijd roept deze ontwikkeling echter ook vragen op. Het ligt immers voor de hand om de bescherming en bevordering van gezondheid tot het hoogste doel van het overheidsbeleid te verklaren. Daar komt bij dat een effectief gezondheidsbeleid een onmisbare schakel in het zorgbeleid is. Gezondheidsbeleid door middel van preventie verdient dus een hoge prioriteit.

Tegen deze achtergrond is het gewenst aan de hand van ervaringen in binnen- en buitenland meer inzicht te verkrijgen in de resultaten van gezondheidsbeleid en de lessen die hieruit te trekken zijn. Wat kunnen we hieruit leren voor het sturen van gezondheid op macroniveau? Hiermee komen we toe aan de vraagstelling van deze achtergrondstudie:

1. *Welke ervaringen zijn er internationaal en in Nederland met het sturen op gezondheidsdoeleinden opgedaan?*
2. *Onder welke voorwaarden kan op gezondheidsdoeleinden worden gestuurd? Welke verbindingen kunnen of moeten met het meso/microniveau worden gelegd om op macroniveau geformuleerde gezondheidsdoeleinden te realiseren?*

Bij de beantwoording van de vragen zullen wij in het bijzonder ook aandacht besteden aan het gebruik van gekwantificeerde doeleinden bij de sturing op gezondheid zoals het doel dat het percentage volwassen probleemdrinkers moet dalen van 10,3 procent in 2007 naar 7,5 procent in 2010 (ontleend aan Kiezen voor Gezond Leven 2007-2010 (VWS,2006)).

In deze achtergrondstudie besteden wij successievelijk aandacht aan de volgende onderwerpen. Om te beginnen komt het thema van de legitimiteit van gezondheidsbeleid aan de orde. Vervolgens gaan wij nader in op de formulering van gezondheidsdoeleinden en de keuze van beleidsinstrumenten (interventies) om deze doeleinden te realiseren. Een volgend thema betreft de bestuurlijke context van gezondheidsbeleid. De studie wordt afgesloten met een beknopt overzicht van enkele (inter)nationale ervaringen met gezondheidsbeleid en een aantal conclusies en beleidslessen.

2. Legitimiteit van sturing op gezondheidsdoeleinden

De gedachte van sturing op gezondheidsdoeleinden op macroniveau berust op twee fundamentele premissen. De eerste premisse komt er kort gezegd op neer, dat de overheid tot effectieve sturing op gezondheidsdoeleinden in staat is. Dit is het *effectiviteitsargument*. De tweede premisse luidt dat sturing op gezondheidsdoeleinden door de overheid is gelegitimeerd. Een dergelijke sturing behoort tot de taken en verantwoordelijkheid van de overheid. Dit is het *legitimiteitsargument* voor sturing. Tussen beide argumenten bestaat een nauwe samenhang: effectiviteit veronderstelt immers legitimiteit en omgekeerd vereist legitimiteit effectiviteit.

De wetenschappelijke discussie over gezondheidsbeleid wordt nogal eens terugggebracht tot een discussie over effectiviteit. Het vraagstuk van de legitimiteit krijgt veel minder aandacht. Dat is vreemd want sturing op gezondheid betreft een politieke keuze (niet-sturing trouwens ook!). Zelfs indien de overheid over effectieve sturingsinstrumenten beschikt, is daarmee nog niet gezegd dat de inzet van die instrumenten in brede kring ook als legitiem wordt ervaren. Het recente verzet van kleine caféhouders tegen het rookverbod is hiervan maar een van de vele voorbeelden. In Duitsland druist een universele beperking van de maximum snelheid op de autobanen in tegen een diepgevoerd vrijheidsgevoel van de automobilist. Maatregelen die de gezondheid van de burger bevorderen maar niet op de instemming van die burger kunnen rekenen lopen de kans voor onconstitutioneel te worden verklaard (Busse et al, 2006). Michelle Obama's recent gestarte campagne tegen overgewicht bij kinderen kwam meteen onder politiek vuur te liggen. Een van de argumenten was dat uit deze campagne een ongewenste inmenging in ieders persoonlijke aangelegenheden sprak. Dat hierbij ook allerlei ideologische tegenstellingen meespeelden, spreekt welhaast voor zich.

De overheid heeft goede argumenten in handen om sturing op gezondheid te rechtvaardigen (Srivastava & McKee, 2008). We geven hier kort de belangrijkste argumentatielijnen weer:

- De bevordering van gezondheid betreft een grondwettelijke taak van de overheid betreft. Artikel 22.1 van de Grondwet formuleert de volgende instructienorm: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'.
- Gezondheid wordt door iedereen als een belangrijke zo niet de belangrijkste waarde in het leven beschouwd. Maatschappelijk gezien vertegenwoordigt gezondheid een immens sociaal kapitaal (Pomp, 2010). Een goede gezondheid is van cruciaal belang voor participatie aan het economische en sociaalculturele leven. Gezondheidswinst kost veel geld maar levert ook veel op, bijvoorbeeld in macro-economisch opzicht (Pomp, 2010).
- Vermijdbare verschillen in gezondheid zijn onrechtvaardig.
- De gezondheid van de bevolking wordt beïnvloed door vele omgevingsfactoren. Een effectieve aanpak van deze factoren vergt een collectieve strategie. Bij ongezond gedrag is vaak geen sprake van een vrije keuze. Behalve de invloed van de directe sociale leefomgeving spelen hier andere factoren zoals economische omstandigheden en de kosten van levensonderhoud mee. Armoede blijkt een belangrijke determinant van ongezond ge-

drag (Mackenbach et al, 2003; Cockerham, 2007). Een actueel voorbeeld betreft de invloed van veterinaire ziekten op de volksgezondheid.

- Overheidsoptreden kan gelegitimeerd zijn vanwege het optreden van negatieve externe gedragseffecten. Het gedrag van de een heeft schadelijke effecten voor de ander zoals bij passief roken. Het optreden van externe effecten biedt ook de normatieve basis voor overheidsmaatregelen gericht op het voorkomen of bestrijden van besmettelijke ziekten.
- Burgers kunnen verkeerde keuzen maken of niet over goede informatie beschikken. Het is de taak van de overheid om burgers zo nodig tegen zichzelf in bescherming te nemen. Ook moet de overheid ervoor zorgen dat burgers toegang hebben tot goede informatie.
- De sterk stijgende zorgkosten vormen een bedreiging voor de brede toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Sturing op gezondheidsdoeleinden kan deze stijging helpen afremmen.
- Er is veel *evidence* over de gevolgen van allerlei risicofactoren en ziekte voor de samenleving. Er blijkt op grote schaal sprake van vermijdbare ziekte en sterfte (Ezzati et al, 2004). Een effectieve aanpak vereist collectieve actie.

Al deze argumenten pro overheidssturing op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst blijken bij nadere inspectie niet veel meer dan algemene principes die nog weinig zeggen over de legitimiteit van concrete gezondheidsprogramma's. Er doen zich diverse vragen voor. Daarbij spelen vier argumentatielijnen een belangrijke rol. Het onderscheid tussen deze lijnen is analytisch: scherpe grenzen zijn niet altijd te trekken, de argumenten kunnen elkaar overlappen en ook aanvullen.

De eerste argumentlijn komt er kort gezegd op neer dat de argumenten pro sturing veel vragen openlaten. Hoe groot moeten bijvoorbeeld de negatieve externe gedragseffecten zijn om sturing te rechtvaardigen? Van de overheid mag toch niet worden verwacht dat zij elke 'onvrije keuze' of elke determinant van gezondheid tot inzet van beleid verklaart?

De tweede argumentatielijnt betreft de geloofwaardigheid van gezondheidsbeleid. Twijfels over de doelmatigheid van gezondheidsbeleid tasten de geloofwaardigheid en legitimiteit ervan aan. Waarop zijn bijvoorbeeld kwantitatieve gezondheidsdoeleinden gebaseerd en welke betekenis hebben deze doeleinden als een duidelijke beleidsinstrumentatie ontbreekt (zie ook volgende paragraaf)? Gaat achter de formulering van doeleinden niet een onrealistisch maakbaarheidsidee schuil? Verder bestaat er onzekerheid over de effectiviteit

van allerlei gezondheidsinterventies en het optreden van eventuele schadelijke effecten, zo niet op korte termijn dan toch in ieder geval op langere termijn. Deze argumentatielijn wint aan betekenis nu de burger steeds meer toegang krijgt tot allerlei informatiebronnen. De recente casus van de HPV-vaccinatie laat zien hoe onbetrouwbare bronnen de legitimiteit en doelmatigheid van een gezondheidsprogramma kunnen ondermijnen.

De derde argumentatielijn reikt dieper en raakt de vraag in hoeverre overheidsoptreden als geoorloofd wordt beschouwd. Leidend is hierbij de gedachte dat overheidsoptreden paternalistische vormen kan aannemen die de burger als een inmenging in zijn/haar persoonlijke levenssfeer ervaart of in strijd acht met andere diepgevoelde normatieve opvattingen (de mate waarin hiervan sprake is hangt uiteraard nauw samen met het type overheidsinterventie). Het gaat hier ten principale om de vraag naar de inrichting van de samenleving, de verhouding tussen overheid en burger daarin en de normatieve grenzen aan gezondheidsbeleid. We stuiten hier ook op allerlei paradoxen. Een van deze paradoxen is dat de burger enerzijds wil vasthouden aan zijn of haar vrijheid, maar tegelijkertijd van de overheid bescherming tegen allerlei gezondheidsrisico's verwacht. Maximale vrijheid maar tegelijkertijd ook maximale bescherming. Een andere paradox is dat de overheid enerzijds keuzevrijheid predikt, maar tegelijkertijd die keuzevrijheid wil beperken. Er bestaat niet zoiets als een recht op ongezond gedrag, aldus de voormalige liberale Minister van Volksgezondheid, Hans Hoogervorst (De Volkskrant 14 april 2005). De beleidspraktijk leert verder, dat de discussie over de legitimiteit van overheidssturing op gezondheidsdoeleinden gemakkelijk 'geïnfecteerd' raakt met argumenten van economische en politieke aard.

De legitimiteit van overheidssturing op macroniveau is dus niet vanzelfsprekend. Uit dit gegeven volgen twee belangrijke lessen. De eerste les is dat de legitimering van overheidssturing expliciete aandacht vereist. Een meer technocratische benadering waarbij de legitimiteit van de sturing als min of meer vanzelfsprekend wordt beschouwd schiet tekort. Sturing op gezondheid vereist dus een politieke visie en discussie. Een tweede les betreft de communicatie over sturing op gezondheid. De eisen op dit gebied zullen sterk toenemen. Zij verdient daarom verdere professionalisering.

3. De formulering van gezondheidsdoeleinden

Een effectieve sturing op gezondheidsdoeleinden stelt eisen aan de wijze waarop die doeleinden zijn geformuleerd. Doeleinden in de betekenis van *as-*

*aspirational targets*¹ (breed geformuleerde streefdoeleinden) zoals geformuleerd in de WHO-initiatieven *Health for All* en *Health21* voldoen niet. Zij bieden weliswaar een inspirerende streefrichting, maar de formulering ervan is te breed en ambigu om te kunnen dienen als concrete leidraad voor sturing. Ook bergen zij het gevaar van ongeloofwaardigheid en gebrek aan realiteitszin in zich. Een effectieve sturing vereist dat gezondheidsdoeleinden SMART worden geformuleerd, dat wil zeggen **S**pecifiek, **M**eetbaar, **A**ccuraat, **R**ealistisch en **T**ijdgebonden.

Hoezeer de formulering van *aspirational targets* haar doel voorbij kan schieten, leert de ervaring met de WHO-initiatieven om gezondheidsbeleid op de politieke agenda van de lidstaten te krijgen. *Health for All* telde maar liefst 38 gezondheidsdoeleinden en het latere programma *Health21* 21 doeleinden. Diverse lidstaten zijn met deze gezondheidsdoeleinden aan de slag gegaan, maar ondervonden grote problemen bij de vertaling van deze algemene doeleinden in meer concrete of operationele doeleinden. Een vergelijkbare situatie doet zich voor in Nederland. In hun lokale gezondheidsbeleid dienen de gemeenten aansluiting te zoeken bij de door de rijksoverheid geformuleerde speerpunten van gezondheidsbeleid. De praktijk leert dat zij hiermee grote moeite hebben (IVG 2010). Deze situatie is uiteraard niet zonder risico. De geloofwaardigheid van het gezondheidsbeleid en de daarin geformuleerde doeleinden komen zo gemakkelijk op het spel te staan.

Een onder meer door de Algemene Rekenkamer gepropageerd instrument ter ondersteuning van de formulering van beleidsdoeleinden is de doelboom. In een doelboom wordt een bepaald einddoel vertaald in een of meer tussendoeleinden die op hun beurt (eventueel via enkele tussenstappen) in operationele doeleinden worden geconcretiseerd waaraan vervolgens bepaalde middelen worden gekoppeld. Een tussendoel moet hierbij worden verstaan als een doel dat wordt nagestreefd om een verder gelegen doel (het einddoel) te bereiken. Een tussendoel is bijvoorbeeld een bepaalde gedragsverandering die zowel individueel als maatschappelijk een bepaalde gezondheidswinst moet opleveren. Het bereiken van het tussendoel betekent niet automatisch dat het einddoel wordt gerealiseerd. Dat hangt af van de effectiviteit van het

¹ Er bestaat verwarring over de term *health target*. In het WHO-initiatief *Health for All* verwijst de term naar zeer algemeen geformuleerde doeleinden die vaak niet meer dan een gewenste richting aangeven. In de literatuur over gezondheidsbeleid verwijst de term *target* doorgaans naar een operationele doelstelling die uit algemeen geformuleerde doelstellingen is afgeleid. Soms wordt hierbij nog onderscheiden tussen *goals* en *objectives*, waarbij de *objectives* uit de *goals* zijn afgeleid. *Targets* moeten op hun beurt worden vertaald in indicatoren om na te gaan in hoeverre ze daadwerkelijk zijn gerealiseerd (Van Hertem & Van de Water, 2000).

tussendoel ten opzichte van het einddoel. Het 'optuigen' van de doelboom kan bijdragen tot een meer systematische beleidsontwikkeling. Maar het blijft uiteindelijk een hulpmiddel dat niet per se beter beleid oplevert.²

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Box 1 biedt een voorbeeld van een dergelijke doelboom. In deze doelboom wordt een breed scala van instrumenten ingezet om het aantal rokers te verminderen. Een aantal van deze instrumenten is gericht op terugdringen van het aantal rokers. Daarnaast bevat de doelboom ook instrumenten die in de zorgketen op de gevolgen van roken aangrijpen.

Het spreekt voor zich dat gezondheidsbeleid om duidelijk geformuleerde doeleinden vraagt (Van Herten & Gunning-Schepers, 2000). Doeleinden 'richten' het beleid en tonen eveneens een bepaalde ambitie. Kwantificering van doeleinden maakt het mogelijk om na te gaan in hoeverre de doeleinden daadwerkelijk zijn gerealiseerd. Doeleinden zijn tevens van groot belang vanuit het oogpunt van de instrumentatie van beleid (welke instrumenten moeten/kunnen worden ingezet?) en publieke verantwoording.

In de beleidspraktijk blijkt de formulering van gezondheidsdoeleinden een complexe materie waarbij zich een aantal problemen voordoet. Wij maken hier onderscheid tussen problemen van inhoudelijke, politieke en meer methodische aard. Voor wat betreft de methodische problematiek besteden wij achtereenvolgens aandacht aan de keuze voor (a) richting- of kwantitatief geformuleerde doeleinden en (b) de keuze voor structuur-, proces of uitkomstdoeleinden.

Inhoudelijke problemen

Dit type problemen betreft de keuze van de problemen en doeleinden van gezondheidsbeleid. De internationale literatuur toont ten aanzien van beide thema's een grote diversiteit (Wismar & Busse, 2002; Wismar et al, 2008). Het

² Het idee van de constructie van een doelboom bij beleidsontwikkeling is al oud. Het werd in de jaren zeventig al gepropageerd door de toenmalige Commissie voor de Beleidsanalyse). De commissie maakte onderscheid tussen hoofddoelstellingen, subdoelstellingen, enkelvoudige doelstellingen en activiteiten (Zandstra-Andela, 1982). Ook de politicoloog Kuypers (1980) heeft een belangrijke bijdrage aan de methodiek van de doelboom geleverd. Van hem is het hier genoemde onderscheid tussen einddoel, tussendoel en middel afkomstig, waarbij een tussendoel een middel is om een einddoel te bereiken. Tussendoelen kunnen worden onderscheiden in tussendoeleinden van de eerste orde, tussendoeleinden van de tweede orde, et cetera.

aantal problemen/gezondheidsdoeleinden varieert van beperkt (bijvoorbeeld Nederland) tot enkele tientallen (bijvoorbeeld België) en zelfs honderd (Frankrijk) of meer (Verenigde Staten). Dat neemt niet weg dat er wel enkele gemeenschappelijke lijnen te trekken zijn. Zo staan roken, diabetes en tegenwoordig ook overgewicht tegenwoordig bijna overal prominent de beleidagenda van gezondheidsbeleid. Een andere gemeenschappelijke lijn betreft de toenemende focus op de gedragsdeterminanten van gezondheidsproblemen. Verder groeit de aandacht voor het verkleinen van gezondheidsverschillen. Dit is een belangrijk punt. De ervaring leert immers dat probleemcategorieën vaak moeilijk te bereiken zijn of in ieder geval moeilijker dan categorieën met minder risicofactoren of een relatief gunstige gezondheid (zie box 5 voor een voorbeeld). Succesvol beleid op populatieniveau kan zelfs gepaard gaan met een vergroting van gezondheidsverschillen! Specifieke aandacht voor probleemcategorieën is ook van belang bij kosteneffectiviteitanalyses van gezondheidsinterventies. De verhouding tussen kosten en effectiviteit blijkt voor probleemcategorieën vaak (veel) ongunstiger dan voor de bevolking als geheel. Wie enkel oog heeft voor de kosteneffectiviteitsratio kan dus gemakkelijk verkeerde conclusies trekken.

Politieke problemen

Een tweede probleem is meer van *politieke* aard. De formulering van concrete (kwantitatieve) doeleinden bergt het gevaar van een te sterke focus op de korte termijn in zich. In de hedendaagse politieke logica moeten de beleidsresultaten op korte termijn zichtbaar zijn. Politici krijgen de handen niet gemakkelijk op elkaar voor beleid dat pas op langere termijn zijn vruchten zal afwerpen. Zij willen het liefst op korte termijn scoren. Bij sommige interventies hoeft dat niet zulke grote problemen op te leveren, omdat het beoogde effect al snel na de interventie optreedt of kan optreden.³ Zo gaat stoppen met roken vaak direct met een vermindering van klachten aan de luchtwegen gepaard. Een daling van de prevalentie van longkanker treedt echter pas na veel langere termijn op. Anders dan bij roken zijn de effecten op langere termijn ook vaak met onzekerheid omgeven. Dit verdraagt zich eveneens slecht met de hedendaagse politieke logica. Kwantitatieve gezondheidsdoeleinden betekenen in beginsel ook een politiek risico voor politici, omdat zij erop kunnen

³ Een fraai voorbeeld hiervan is de rantsoenering van wijn in Frankrijk tijdens de bezetting in de Tweede Wereldoorlog. Deze rantsoenering ging gepaard met een sterke daling van de sterfte als gevolg van levercirrose. Toen na afloop van de oorlog een einde aan de rantsoenering kwam, steeg de sterfte in een mum van tijd weer naar het oorspronkelijke niveau (McKee, 2008).

worden afgerekend. Volgens Van Herten en Gunning-Schepers (2000) speelde dit risico begin jaren negentig mee bij het beleid van de Nederlandse overheid om van kwantitatief geformuleerde doeleinden af te zien.

Richtingdoeleinden of kwantitatief geformuleerde doeleinden?

Vanuit internationaal perspectief lijkt er een zekere voorkeur te bestaan voor de formulering van richtingdoeleinden zoals 'het percentage volwassenen met overgewicht mag niet stijgen ten opzicht van 2005' of 'preventie van alcoholmisbruik verdient een hogere prioriteit'. Het *healthypeople* programma in de Verenigde Staten en *gesundheitsziele.de* in Duitsland bestaan (vrijwel uitsluitend) uit richtingdoeleinden (zie boxen 4 en 7). In Engeland wordt daarentegen op ruime schaal van kwantitatief geformuleerde doeleinden gebruik gemaakt (zie box 2). In onze visie valt deze laatste strategie niet los te zien van het feit dat gezondheidsdoeleinden ook als managementinstrument worden ingezet. De overheid maakt in de vorm van *Service Level Agreements* (SLA's) afspraken met 'derde partijen' over de doeleinden die moeten worden gerealiseerd. De bekostiging wordt daarbij afhankelijk gemaakt van de mate van doelbereiking (prestatiegerelateerde bekostiging). Verder speelt vermoedelijk de sterk centralistische aansturing van de zorg in Engeland mee.

Er pleit natuurlijk veel voor een kwantitatieve formulering van gezondheidsdoeleinden. Zij zijn scherper geformuleerd dan richtingdoeleinden en om die reden minder vrijblijvend. Bij kwantitatieve doeleinden kan, ceteris paribus, tevens worden vastgesteld in hoeverre zij daadwerkelijk zijn gerealiseerd. Kwantitatieve doeleinden passen wellicht ook beter in een publiek verantwoordingsregime. En waarom, zo zou men zich kunnen afvragen, zou de overheid in het gezondheidsbeleid afzien van kwantitatieve doeleinden? Dat doet zij toch ook niet op bijvoorbeeld op macro-economisch terrein? Op dit terrein zijn kwantitatieve doeleinden heel gebruikelijk. Zo moet de inflatie in een jaar t beperkt blijven tot x %, mag het begrotingstekort niet boven de y % uitkomen, et cetera.

Box 2 Liberating the NHS: Transparency in outcomes – a framework for the NHS

De nieuwe regering van het Verenigd Koninkrijk onder leiding van David Cameron heeft recentelijk een consultatiedocument gepubliceerd met daarin een schets voor een *NHS Outcomes Framework*. Dit document betreft een vervolg

op de nota *Equity and Excellence: liberating the NHS* waarin een nieuwe strategie voor de herstructurering van de National Health Service werd ontvouwd.

Het framework telt vijf domeinen:

1. Voorkomen van prematuur overlijden.
2. Verbeteren van de kwaliteit van leven van personen met een chronische problematiek.
3. Ondersteunen van personen na een periode van ernstige ziekte of verwonding.
4. Zeker stellen dat patiënten zorg als positief ervaren.
5. Behandeling van en zorg voor mensen in een veilige omgeving en bescherming van mensen tegen vermijdbare gezondheidsschade.

Het consultatiedocument formuleert voor elk van deze domeinen een alomvattende indicator die vervolgens aan de hand van een aantal verbetergebieden nader wordt geoperationaliseerd in specifieke indicatoren. Vervolgens wordt voor elk domein een aantal kwaliteitsstandaarden geformuleerd. Doel van de hele operatie is dat bij de zorginkoop op concrete gezondheidsdoelinden wordt gestuurd.

Zie bijlage voor een voorbeeld

Bron: NHS, 2010a.

Toch zijn er goede argumenten om voorzichtig met een kwantitatieve formulering om te gaan. Om te beginnen vereist een kwantitatief geformuleerd doel een verantwoorde onderbouwing. Waarop berust de kwantificering? Is sprake van een realistische of van een vooral politiek geïnspireerde kwantificering?⁴ Voor wat betreft het gezondheidsbeleid blijkt een verantwoorde onderbouwing van gekwantificeerde doeleinden doorgaans (of bijna altijd?) te ontbreken. Hierdoor komen zij al gauw als betrekkelijk willekeurig en ongeloofwaardig over. Dit ondermijnt onvermijdelijk de legitimiteit van gezondheidsbeleid.

Het tweede argument hangt met het eerste argument samen. Een kwantitatief geformuleerde doelstelling veronderstelt een maakbare samenleving. De overheid kan aan de nodige knoppen draaien om te bereiken dat haar doelstellingen daadwerkelijk worden bereikt. De mate waarin dit daadwerkelijk

⁴ Dergelijke vragen spelen natuurlijk ook bij het macro-economische beleid van de overheid.

het geval is hangt echter van vele factoren af en kan ook in de loop van de tijd veranderen.⁵

In het gezondheidsbeleid loopt de maakbaarheid sterk uiteen. Op het terrein van bijvoorbeeld roken en verkeersveiligheid is veel vooruitgang geboekt. Bij roken valt dit succes mede toe te schrijven aan de enorme groei van de kennis van de schadelijke effecten van roken op de gezondheid en het feit dat stoppen met roken onmiddellijk baten voor de stopper oplevert. Een gunstige omstandigheid bij de vermindering van de gezondheidsschade als gevolg van verkeersongevallen was dat ook de industrie zwaar op de productie van veilige auto's inzette. De belangen liepen parallel. Maar hoe zit het met het verminderen van bijvoorbeeld overgewicht of het aantal personen dat lijdt aan een depressie? Hier spelen zoveel factoren mee en kunnen zoveel strijdige belangen in het spel zijn dat de maakbaarheid twijfelachtig is. Wij verbinden hieraan de volgende conclusie. Indien de effectiviteit van gezondheidsbeleid met grote onzekerheid is omgeven, zitten aan de formulering van gekwantificeerde doeleinden risico's vast voor de geloofwaardigheid en daarmee de legitimiteit van dat beleid.

Een derde potentieel nadeel van specifieke en meetbare doeleinden ligt in het feit dat zaken die buiten de specifieke doelstelling vallen onvoldoende aandacht krijgen. Zo kan de nadruk op het terugdringen van vermijdbare sterfte met x% als gevolg van kanker of hart- en vaatziekten de aandacht voor de minder zichtbare aspecten van die ziekten doen verslappen zoals de psychologische aspecten (Smith & Busse, 2009; McKee, 2008).

Een vierde overweging betreft het probleem van de *beschikbare gegevens*. In haar rapport over 'goede doeleinden' wijst de Social Market Foundation (2005) expliciet op de noodzaak van goede gegevens aan de hand waarvan de effectiviteit van het overheidsbeleid kan worden afgemeten. Ontbreken dergelijke gegevens, dan staat de geloofwaardigheid van de doeleinden direct op het spel.

In haar rapport maakt de SMF in dit verband onderscheid tussen drie typen problemen. Het eerste type probleem betreft de *meetbaarheid* van een doel. De doeleinden van overheidsbeleid kunnen zo breed, vaag of ambigu geformuleerd zijn dat meting van de effectiviteit van beleid onbegonnen werk is. Het beleid is bijvoorbeeld gericht op een 'significante daling' van de wachttijden in

⁵ Zo heeft de uitbreiding van de economische theorievorming en kennis de effectiviteit van het macro-economisch beleid versterkt. De financiële globalisering heeft echter de effectiviteit van vele klassieke instrumenten aangetast.

de zorg of op een 'versterking' van de solidariteit in de zorgverzekering. De SMF verbindt hieraan de les dat beleidsmakers expliciet moeten aangeven hoe de doelbereiking moet worden gemeten en welke databronnen daarbij moeten worden gebruikt. Als tweede probleem noemt het SMF de *kwaliteit* van de beschikbare gegevens. Die kwaliteit kan veel te wensen overlaten, omdat de gegevens onvolledig zijn of gebaseerd zijn op een steekproef met de nodige onvolkomenheden. Vandaar dat SMF aanbeveelt dat de beleidsmakers zich bij de (kwantitatieve) formulering nadrukkelijk rekenschap geven van de kwaliteit van de benodigde gegevens. Het streven moet gericht zijn op het verkrijgen van gegevens met een '*national statistic status*'. Tenslotte doet zich het probleem van de *kwetsbaarheid voor manipulatie* voor. Dit probleem is vooral actueel, indien de uitvoerende instanties voor de aanlevering van de gegevens verantwoordelijk zijn, het externe toezicht op de aanlevering en kwaliteit van de gegevens tekort schiet en de uitvoerende instanties op de mate van doelbereiking worden afgerekend. Onder deze omstandigheden bestaat een kans op wat Bevan en Hood (2006) *gaming* noemen. Omdat de uitvoerende instanties alle belang hebben bij een positief resultaat, kunnen zij in de verleiding komen de resultaten zo voor te stellen dat de doeleinden zijn gerealiseerd. Daarbij kan gemakkelijk pervers gedrag optreden. Zaken die ongemeten blijven krijgen bijvoorbeeld niet langer de aandacht die ze verdienen. Patiënten met een slechte conditie worden geweigerd, omdat zij de kwaliteitsscore ongunstig beïnvloeden. Er wordt gemanipuleerd met de cijfers. Het bereiken van de doeleinden wordt een doel op zich met zinloos handelen als gevolg zoals het aanbieden van een stop-roken programma aan een verstokte 95-jarige roker, alleen omdat dit extra geld oplevert (zie ook Smith, 2008; De Bruijn, 2000; McKee, 2008).

Structuur-, proces- of uitkomstdoeleinden?

In het gezondheidsbeleid zijn de doeleinden vaak geformuleerd in termen van de gezondheidswinst die moet worden gerealiseerd. Het gaat om het sturen op gezondheidswinst. Men zou hier van uitkomstdoeleinden kunnen spreken. Met gezondheidsbeleid wordt bijvoorbeeld gestreefd naar een x % vermindering van het aantal patiënten met een aandoening. De keuze voor de formulering van uitkomstdoeleinden is natuurlijk niet zo verwonderlijk. De ultieme test voor gezondheidsbeleid is immers of het aantal ziektegevallen wordt teruggedrongen, of de perinatale sterfte wordt verminderd, of de kwaliteit van leven van patiënten wordt verbeterd, et cetera. Het bereiken van bepaalde structuur- of procesdoeleinden zegt op zichzelf niet veel over de behaalde gezondheidswinst. Het verhogen van het budget voor gezondheidsbeleid (input- of structuurdoel) of het schrijven van een fraaie nota over gemeentelijk ge-

zondheidsbeleid respectievelijk de intensivering van een voorlichtingscampagne (procesdoel) biedt nu eenmaal geen garantie voor gezondheidswinst.

Toch is het van belang erop te wijzen, dat een eenzijdige nadruk op uitkomstdoeleinden haar doel voorbij kan schieten. Dit is met name het geval indien het behalen van de beoogde gezondheidswinst van een groot aantal factoren afhankelijk is en de overheid die factoren maar ten dele kan beïnvloeden. In een dergelijke situatie kan het verstandig zijn het beleid te richten op die factoren die de overheid wel goed kan beïnvloeden. Uit het feit dat het bereiken van bepaalde structuur- of procesdoeleinden niet gelijk staat aan het realiseren van de beoogde gezondheidswinst volgt immers nog niet, dat het bereiken van deze structuur- of procesdoeleinden vanuit het oogpunt van gezondheidswinst betekenisloos moet worden geacht.

Een vergelijkbare problematiek doet zich voor bij de meting van de effecten van gezondheidsbeleid met behulp van indicatoren. Ook hier kunnen de afwijzing van het gebruik van structuur- of procesindicatoren (*proxy* indicatoren) en een eenzijdige nadruk op uitkomstindicatoren in hun tegendeel verkeren. Een van de problemen is bijvoorbeeld dat de meting eenzijdig wordt vormgegeven. Gezondheidseffecten die om welke reden niet of niet goed meetbaar zijn zoals de psychische kant van gezondheid vallen gemakkelijk buiten de boot. Een resultaatmeting in termen van gezondheidswinst kan ook in ander opzicht tot misleidende gevolgtrekkingen leiden. Een gunstig resultaat kan bijvoorbeeld nauw samenhangen met de kwaliteit van de organisatie. Als de organisatie gaat haperen, bestaat er een kans dat de resultaten hiervan de neerslag ondervinden. Het blijft daarom zaak de kwaliteit van de organisatie te monitoren. Verder zal het lang niet altijd mogelijk zijn de gezondheidswinst van bepaalde beleidsmaatregelen goed vast te stellen. Die winst wordt pas zichtbaar op het moment dat de maatregelen komen te vervallen of worden afgezwakt. Dat was in ieder geval de ervaring in Finland toen als gevolg van de toetreding tot de Europese Gemeenschap het heersende restrictieve alcoholbeleid moest worden afgezwakt, omdat het op belangrijke punten in strijd was met de principes van het vrije verkeer (Tigerstedt et al (2006). Tenslotte kunnen beleidsmakers bij een eenzijdige focus op uitkomstindicatoren te maken krijgen met gebrek aan informatie. Wat moeten zij doen als de beoogde gezondheidswinst uitblijft? Informatie over de structuur- en procesaspecten van gezondheidsbeleid kan belangrijke aanknopingspunten bieden voor een eventuele bijstelling van beleid.

Samenvattend, kunnen we concluderen dat het SMART formuleren van gezondheidsdoeleinden voor de hand ligt, maar in de praktijk niet zonder risi-

co's blijkt. Het is van groot belang dat beleidsmakers zich goed van de voetangels en klemmen bewust zijn. Gezondheidsdoeleinden moeten ambitieus maar tegelijkertijd realistisch, geloofwaardig en meetbaar zijn. Uitkomstdoeleinden zijn niet alleenzalmakend.

4. De keuze van de beleidsinstrumenten

De formulering van gezondheidsdoeleinden levert weinig op zonder aandacht voor de middelen of beleidsinstrumenten (interventies) die voor de bereiking van de doeleinden zullen worden ingezet. Wij komen hier bij een kwetsbaar element van het gezondheidsbeleid. De aandacht voor de instrumentatie van een beleid staat vaak in geen verhouding tot de aandacht voor de formulering van de gezondheidsdoeleinden. Daarmee krijgen deze doeleinden gemakkelijk iets vrijblijvends en ongeloofwaardigs. Effectief gezondheidsbeleid vraagt dus om expliciete aandacht voor beleidsinstrumentatie.

De beleidsinstrumenten van gezondheidsbeleid kunnen op diverse manieren worden ingedeeld. Een bekend onderscheid is het onderscheid tussen gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende instrumenten. Gezondheidsbeschermende instrumenten zijn bedoeld om de omgeving van mensen gezonder te maken of in ieder geval de schadelijke effecten ervan zoveel mogelijk te beperken. Er is veel *evidence* voor de stelling dat gezondheidsbescherming veel gezondheidswinst oplevert respectievelijk heeft opgeleverd. Denk maar aan de gezondheidswinst van de vele maatregelen op het terrein van de huisvesting, het drinkwater, de arbeidsomstandigheden, het milieu, de hygiëne of de verkeersveiligheid (RIVM, 2010). Gezondheidsbevorderende instrumenten zijn gericht op gedragsbeïnvloeding in de vorm van leefstijlverandering. Bekende voorbeelden betreffen de interventies gericht op het tegengaan van roken, alcoholmisbruik en overgewicht. Leefstijlverandering kan ook veel winst opleveren voor personen die met een bepaald gezondheidsprobleem zijn gediagnosticeerd. Gezondheidsbevorderende instrumenten hebben de afgelopen drie decennia een sterke opkomst doorgemaakt. Denk in dit verband aan de *health promotion*. Deze opkomst hangt ten nauwste samen met de toegenomen kennis over de invloed van gedragsfactoren op ziekte en gezondheid.

De betekenis van het onderscheid tussen gezondheidsbevorderende en gezondheidsbeschermende maatregelen is vooral gelegen in het feit dat beide onmisbaar zijn. Gezondheid is een kwestie van zowel gezond gedrag als een gezonde omgeving. Effectief gezondheidsbeleid vereist dus een brede oriënta-

tie. Een eenzijdige focus op de gedrags- of omgevingsaspecten van ziekte en gezondheid schiet tekort. Gezondheidsbeleid vraagt juist om een geïntegreerde inzet van gedrags- en omgevingsinstrumenten.⁶ Daar komt bij dat ongezond gedrag en gezondheidsverschillen in sterke mate wordt beïnvloed door de sociale en fysieke omgeving. Er is veel empirisch onderzoek voorhanden dat duidt op een *social ingredient* bij ziekte en gezondheid. Op het eerste gezicht 'vrije keuzes' blijken bij nadere beschouwing veel minder vrij, bijvoorbeeld omdat mensen sterk door hun (sociale) leefomgeving worden beïnvloed of niet over bepaalde keuzemogelijkheden beschikken (bijvoorbeeld vanwege armoede). Een eenzijdige focus op gedragsfactoren daarom falen. Gezondheidsverschillen blijken sterk samen te hangen met verschillen in sociale klasse (inkomen, opleiding) (Mackenbach et al, 2008) die nog eens worden versterkt door de accumulatie van gezondheidsrisico's.

Een andere indeling betreft de wijze waarop een systeem of een bepaald gedrag wordt beïnvloed. Bekend is hier het onderscheid tussen dwang, financiële prikkels en informatie. *Dwanginstrumenten* berusten op het gebruik van geboden en verboden. De inzet van deze instrumenten vergt een wettelijke grondslag. Bij *financiële instrumenten* heeft gedragsbeïnvloeding plaats door middel van positieve prikkels (*incentives*) en/of negatieve prikkels (*disincentives*). Er is hier geen sprake van formele dwang. Bij *informatie-instrumenten* geschiedt gedragsbeïnvloeding door middel van informatie. Gezondheidsvoorlichting is hiervan wellicht het meest bekende voorbeeld.

Het onderscheid tussen deze drie categorieën van instrumenten biedt aanknopingspunten voor enkele observaties. Om te beginnen blijkt uit allerlei empirisch onderzoek dat zowel dwanginstrumenten in de vorm van wet- en regelgeving als financiële instrumenten de nodige gezondheidswinst op te leveren (RIVM, 2010). Wettelijke instrumenten tonen meer nog dan financiële instrumenten een duidelijke commitment van de overheid aan de gezondheidsdoeleinden die zij wil bereiken. Voorts valt, ook internationaal, een trend in de richting van een bredere inzet van financiële instrumenten waar te nemen. Financiële instrumenten worden op grotere schaal ingezet om gezond gedrag aan te moedigen en ongezond gedrag te ontmoedigen. Een goed voorbeeld hiervan is de Duitse wetgeving betreffende de ziektekostenverzekering.

⁶ Een van de doeleinden van het nieuw opgerichte Centrum voor Gezond leven is een bijdrage te leveren aan een brede en zoveel mogelijk geïntegreerde aanpak van gezondheidsvraagstukken. Andere taken zijn: beoordeling van de kwaliteit van interventies aan de hand van een certificeringssysteem; kennisdeling met professionals en overheid; bevordering van goede aansluiting tussen vraag en aanbod ten aanzien van interventies; informatiecentrum voor professionals.

Door een wetswijziging beschikken zorgverzekeraars over de mogelijkheid aan gezond gedrag een bepaalde bonus toe te kennen.⁷ Personen met een bepaalde chronische aandoening kunnen in aanmerking komen voor een korting op de verplichte eigen bijdrage, indien zij participeren aan bepaalde gezondheidsprogramma's of zich onderwerpen aan een geregelde screening. Wie over een periode van één jaar goed scoort op indicatoren zoals BMI, bloeddruk, bloedsuiker en cholesterol kan voor een korting op de ziektekostenpremie in aanmerking komen. Interessant is voorts dat de sociale wetgeving zowel het belang van solidariteit als individuele verantwoordelijkheid benadrukt. Beide vormen een twee-eenheid (Schmidt, 2008). Ten derde vindt ook het informatie-instrument steeds vaker toepassing. Zo worden consumenten steeds beter geïnformeerd over het 'gezondheidsgehalte' van voedings- en andere producten. Voor de nabije toekomst liggen met de toepassing van moderne ICT-middelen grote nieuwe mogelijkheden in het verschiet (*e-health*).

In de literatuur over de instrumenten van gezondheidsbeleid worden verscheidene problemen benoemd. Een van die problemen betreft het bestaan van allerlei kennisleemten ten aanzien van het ontstaan van ziekten en de rol van gezondheidsdeterminanten hierbij (causale kennis). Ook bestaat grote behoefte aan meer *evidence* over de werking van beleidsinstrumenten voor de bescherming en bevordering van gezondheid (finale kennis). De effecten van dezelfde instrumenten kunnen sterk verschillen. Zo blijkt informatie die hoogopgeleiden bereikt, laagopgeleiden (vaak in de risicogroep) vaak niet of onvoldoende te bereiken. Burgers gaan op uiteenlopende manier met informatie om of reageren op heel verschillende manieren op hetzelfde instrument. Effectief gezondheidsbeleid moet daarom veel meer op de specifieke behoeften en mogelijkheden van de doelgroep zijn afgestemd om de beoogde vruchten te kunnen afwerpen (*personalised health*). Kennisvermeerdering verdient dus hoge prioriteit (RIVM, 2010).

Een tweede vraagstuk betreft de continuïteit in de inzet van middelen. De praktijk leert dat vooral gezondheidsbevorderende programma's nogal eens als een tijdelijk project worden opgezet. Het probleem met dergelijke programma's is uiteraard dat zij hooguit een tijdelijk positief effect (gezondheidswinst) sorteren. Daar komt bij dat kortdurende gedragsinterventies niet werken. De continuïteit van effectieve programma's moet dus beter zijn gegarandeerd. Dat geldt *mutatis mutandis* ook voor de omvang van de middelenstroom voor gezondheidsbeleid. Een van de problemen van lokaal gezond-

⁷ Dit instrument kan ook worden toegepast om het gedrag van gezondheidswerkers te beïnvloeden. Een goed voorbeeld hiervan betreft het nieuwe bekostigingssysteem van huisartsen in Engeland.

heidsbeleid betreft de beperkte omvang van de beschikbare middelen (financiën, omvang ambtelijke staf, et cetera).

Een derde vraagstuk betreft de determinanten van ziekte en gezondheid. Gezondheidsbeleid is preventief van opzet en poogt om die reden zoveel mogelijk aan te grijpen op het complexe geheel van factoren dat het ontstaan van ziekte en gezondheid beïnvloedt. Deze strategie roept echter de vraag op welke determinanten als object van interventie worden gekozen en op welk niveau in de causale keten wordt geïntervenieerd. Aan elke oorzaak kan een diepere oorzaak ten grondslag liggen waarachter een nog fundamentele oorzaak schuil kan gaan. Voorts is bij probleemgroepen veelal sprake van accumulatie van gezondheidsrisico's. Gezondheidsverschillen blijken voor een groot deel herleidbaar tot verschillen in inkomen, opleiding, woonomgeving, et cetera. Moeten de instrumenten nu op de eerste-orde oorzaken ingrijpen (het risicogedrag) of moet worden gekozen voor een meer fundamentele benadering waarbij de diepere oorzaken worden aangepakt? Moeten alle determinanten inzet van beleid worden of dient voor een meer gerichte benadering te worden gekozen?

Op deze vragen bestaat helaas geen gemakkelijk antwoord. De verleiding zal vaak groot zijn om de instrumenten op de eerste-orde oorzaken te richten, maar dan dreigt wel het gevaar dat het gezondheidsbeleid teveel aan de oppervlakte blijft steken. Dit is bijvoorbeeld de kritiek van Hunter (2003) op de *Health of the Nation* strategie in het Verenigd Koninkrijk. Dit op zich lovenswaardige initiatief liet de fundamentele oorzaken van allerlei problemen op het terrein van de volksgezondheid ongemoeid. De resultaten zijn daarom teleurstellend en beklijven niet. Anderzijds zitten aan een meer fundamentele strategie ook nadelige kanten. De beleidsresultaten zijn met grote onzekerheid omgeven en zullen veelal pas op langere termijn optreden. Dat staat bijna haaks op de politieke logica die vraagt om snelle en zichtbare (meetbare) resultaten. Voorts dreigt het gevaar van een 'atlascomplex'. Hoe meer determinanten van gezondheid men wil beïnvloeden, hoe fundamentele het beleid wordt opgezet, des te meer beleidssectoren bij gezondheidsbeleid betrokken zullen raken en des te gecompliceerder het wordt. Gezondheidsbeleid krijgt zo een alomvattend karakter onder de last waarvan het grote kans loopt te bezwijken.

Daarmee komen we uit bij een laatste probleem. Gezondheidsbeleid is naar zijn aard grensoverstijgend. Het vraagt om een geïntegreerde of in ieder geval multisectorale aanpak waarbij actoren uit meerdere beleidssectoren betrokken zijn. Dit blijkt geen eenvoudige opgave. Het geheim van een succesvol gezondheidsprogramma zoals de bestrijding van cariës of het voorkomen van

kinderziekten door middel van een gericht vaccinatieprogramma ligt in de aanwezigheid van een breed draagvlak. Er is sprake van een gemeenschappelijke aanpak waaraan iedereen bijdraagt. Helaas wijst de praktijk als gevolg van allerlei domein- en belangenconflicten vaak in een andere richting. Hierbij moet worden bedacht dat intersectoraal beleid per definitie afhankelijkheidsrelaties creëert. Het gewicht dat gezondheidsbeleid daarbij in de schaal legt is niet altijd groot. Zo kan men zich, alle wetgeving en retoriek ten spijt, afvragen in hoeverre gezondheid(sbeleid) op lokaal niveau als een belangrijk *policy frame* geldt.

Wij sluiten deze paragraaf afsluiten met elke beleidslessen. De eerste les is natuurlijk dat er behoefte bestaat aan meer kennis en inzicht. Een tweede les is dat intersectoraal gezondheidsbeleid niet alleen om 'gezondheidskennis' vraagt, maar ook om bestuurlijke vaardigheden om partijen bij elkaar te brengen en bij elkaar te houden. Wij komen hierop in de volgende paragraaf terug. Een derde les kwam al eerder kort ter sprake, namelijk dat effectief gezondheidsbeleid een brede aanpak vereist. Het gaat om een zoveel mogelijk geïntegreerde *mix* van gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende beleidsinstrumenten c.q. gedrags- en omgevingsinstrumenten. Bij gedragsinstrumenten ligt een sterk accent op het aspect van de individuele verantwoordelijkheid. Daarin ligt de kracht maar tegelijkertijd ook de zwakte van deze instrumenten, omdat de omgevingsinvloed op individueel gedrag onvoldoende wordt onderkend. Omgekeerd gaat een eenzijdige focus op omgevingsinstrumenten mank aan het feit dat de gedragscomponent van gezondheid wordt verwaarloosd. Een vierde les luidt dat het verstandig is de verwachtingen te temperen. Het succes van bijvoorbeeld het antirookbeleid is wellicht niet zo gemakkelijk te evenaren. Gezondheidsbeleid is niet alleen een wereld van mogelijkheden, maar ook een wereld van grenzen. Hier speelt natuurlijk tevens de legitimiteitsvraag.

5. Bestuurlijke vormgeving

Gezondheidsbeleid vereist meer dan het formuleren van doeleinden en het ontwikkelen van een adequaat beleidsinstrumentarium. Van groot belang zijn tevens de bestuurlijke vormgeving en inbedding van het gezondheidsbeleid. Enkele vragen in dit verband zijn de volgende. Wie is verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van gezondheidsbeleid? Wie is de leidende actor bij een intersectoraal gezondheidsdoel? Welke partijen zijn of moeten erbij worden betrokken? In handen van welke partijen moet de beleidsuitvoering wor-

den gelegd? Hoe moeten de taakverdeling en coördinatie worden georganiseerd? Welke besturingsinstrumenten zijn nodig om het bestuurlijke systeem goed te laten functioneren?

Een instrument voor de organisatie van het beleidsproces betreffende gezondheidsbeleid is de zogeheten preventiecyclus. Deze cyclus is bedoeld om de totstandkoming, uitvoering en evaluatie van beleid volgens een systematisch stramien te organiseren. De eerste stap in de preventiecyclus betreft het opmaken van de stand van zaken op het terrein van ziekte en gezondheid in de zogeheten Verkenning Toekomst Volksgezondheid (VTV). De tweede stap behelst de formulering van een aantal prioriteiten voor collectieve preventie door de rijksoverheid die (derde stap) vervolgens als richtsnoer dienen bij de totstandkoming van gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid. De evaluatie van het gemeentelijke beleid berust bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tenslotte heeft terugkoppeling plaats waarna de cyclus opnieuw wordt doorlopen (VWS, 2007).

Internationaal groeit de belangstelling voor de bestuurlijke omgeving en de ontwikkeling van bestuurlijke instrumenten (*governance tools*) ten behoeve van gezondheidsbeleid (St-Pierre, 2010). Dat is nauwelijks verwonderlijk vanwege het feit dat het succes van gezondheidsbeleid veelal afhangt van de inzet en betrokkenheid van een groot aantal actoren uit diverse beleidssectoren met vaak uiteenlopende belangen. Gezondheidsbeleid vergt zoals al eerder opgemerkt intersectorale coördinatie. Maar hoe kan die samenwerking worden verzekerd? Wie is de eigenaar van de *health targets* of de gezondheidsprogramma's? Welke eisen stelt samenwerking aan de betrokken medewerkers? Welke incentives of andere instrumenten zijn daartoe nodig?

Het is evident dat het aantal vrijheidsgraden bij de inrichting van een bestuurlijk systeem voor gezondheidsbeleid wordt beïnvloed door de algemene bestuurlijk-institutionele setting. Daarbij gaat het niet alleen om de effectiviteitsvraag. Ook de legitimiteit van de bestuurlijke structuur is in het geding. In landen met een (con)federale of sterk geregionaliseerde setting ligt de verantwoordelijkheid voor gezondheidsbeleid primair bij de regionale overheden (bijvoorbeeld België, Spanje, Scandinavische landen, Zwitserland) of de deelstaten (Duitsland). Een sterk centralistische aansturing van het gezondheidsbeleid zou in deze landen op basis van het legitimiteitsargument onmiddellijk worden betwist. In Duitsland is gezondheidsbeleid vooral een zaak voor de deelstaten en de gemeenten. Gezondheidsbeleid in Engeland wordt daarentegen gekenmerkt door een sterke mate van centralistische aansturing. Een dergelijke aansturing is overigens typerend voor de gehele NHS. De nationale overheid produceert de 'grote' gezondheidsnota's zoals *Health of the Nation* in

1992, *Saving Lives: Our Healthier Nation* in 1998, *The Patient's Charter* in 1991 en zeer recentelijk *Equity and Excellence: Liberating the NHS*. De nationale overheid bepaalt tevens de doeleinden en instrumenten van dat beleid, sluit *Service Level Agreements* met lagere overheidsorganisaties en derde partijen en gaat door middel van monitoring na in hoeverre de SLA's in de praktijk worden waargemaakt. De bekostiging is in beginsel prestatiegerelateerd.

In de Nederlandse gedecentraliseerde eenheidsstaat is in artikel 2 van de Wet op de Publieke Gezondheid (2008) vastgelegd, dat 'het College van burgemeester en wethouders de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (bevordert)'. Het College moet daarbij aansluiten bij het algemene beleidskader dat door de rijksoverheid wordt geformuleerd. Men kan dus spreken van een gedeelde verantwoordelijkheid.

De bestuurlijke vormgeving van gezondheidsbeleid raakt niet alleen de organisatie binnen de overheidskolom. In landen met een traditie van *concerted action* in de zorg zoals Duitsland, Frankrijk en Nederland vereist de bestuurlijke vormgeving een andere structuur. De nadruk ligt hier op het bij elkaar brengen van instanties en het formuleren van een gemeenschappelijke aanpak (participatieve strategie) die sterk afwijkt van een centralistische benadering (regulatieve of technocratische strategie) (Wismar et al, 2008). De uitvoering wordt uitbesteed aan publieke en private organisaties die daartoe eventueel specifiek worden ingericht. De overheid zorgt voor de bekostiging.

Een sterk centralistisch ingerichte besturingsstructuur zal in de Nederlandse verhoudingen niet werken, omdat zij indruist tegen de bestaande bestuurlijke structuur en cultuur. Een dergelijke benadering schiet ook meer principieel tekort vanwege de brede strekking van gezondheidsbeleid. Zowel de effectiviteit als legitimiteit van gezondheidsbeleid is gediend met de inzet vanuit diverse beleidssectoren en de participatie van actoren 'van hoog tot laag' en van binnen en buiten de overheid in de besturingskolom. De noodzaak van collectieve actie verklaart de toepassing van het covenant als besturingsinstrument. Tenslotte vergt de sturing van het gezondheidsbeleid om de inzet van een breed geschakeerd geheel van besturingsinstrumenten. Voorbeelden van dergelijke instrumenten zijn wet- en regelgeving, overleg en communicatie, convenanten en natuurlijk de geldkraan.

Tegelijkertijd stuiten we hier ook op de bestuurlijke achilleshiel van gezondheidsbeleid. Effectief beleid vraagt niet alleen om draagvlak maar evenzeer om daadkracht. Effectiviteit en legitimiteit vragen om een complexe besturing met een netstructuur, maar die structuur kan op haar beurt een bron van al-

lerlei problemen zijn zoals een ondoorzichtige verdeling van taken en verantwoordelijkheden, fragmentatie, een tekortschietende coördinatie van activiteiten of een gebrek aan regie en leiderschap. Als gevolg van deze problemen kan gezondheidsbeleid gemakkelijk verzanden in bestuurlijk gekrakeel en gebrek aan politieke prioriteit. Effectief bestuurlijk optreden vraagt om een geregeld kritisch doorlichten van het bestuurlijk netwerk en de daarbinnen actieve organisaties.

Eerder kwam reeds ter sprake dat de daadkracht van gezondheidsbeleid wordt gehinderd door de aanwezigheid van tegengestelde belangen en het feit dat beleidsactoren geneigd zijn hun domein af te schermten tegen indringers van buiten. In het bijzonder speelt hier ook dat de partijen die de baten van een beleid incasseren vaak niet dezelfde zijn als degenen die opdraaien voor de kosten ervan. Dit laatste probleem wordt bijvoorbeeld vaak genoemd als verklaring voor het feit dat verzekeraars maar beperkt inzetten op preventie. In kosteneffectiviteitstudies blijft de verdeling van kosten en baten doorgaans echter buiten beschouwing. Dat is reden om de conclusies ervan vanuit bestuursoptiek met een kritische blik te bezien.

6. Enkele ervaringen met gezondheidsbeleid in binnen- en buitenland

Sturing op gezondheidsdoeleinden is niet nieuw. In 1984 lanceerde de WHO een ambitieus initiatief om de verbetering van de gezondheid hoog op de politieke agenda van de nationale overheden te plaatsen. Voluit heette dit initiatief *Health for All by the Year 2000*. Onder *Health for All* werd verstaan dat iedere burger het hoogst bereikbare gezondheidsniveau bereikte of tenminste dat alle burgers in alle landen zodanig gezond waren dat zij actief aan het economische en sociale leven konden participeren. Het *Health for All* initiatief berustte op twee overwegingen: (a) elke burger heeft een fundamenteel recht op gezondheid en (b) gezondheid is van groot belang voor een actieve maatschappelijke participatie. De samenleving heeft groot belang bij een gezonde bevolking. Gezondheid vertegenwoordigt een omvangrijk maatschappelijk kapitaal.

Het WHO-initiatief bevatte 38 zogeheten *health targets*. Deze boden een algemeen beleidskader dat vervolgens door nationale en/of subnationale overheden zou moeten worden gehanteerd voor de ontwikkeling van een gezondheidsbeleid en daarvan afgeleide gezondheidsprogramma's. Een bekend initiatief in dit verband is onder meer het internationale programma gezonde steden (Goumans, 1998).

De *Health for All* strategie valt niet los te zien van de sterke groei van de epidemiologische kennis over ziekte en gezondheid alsmede het complexe geheel van factoren (determinanten) die hierop invloed uitoefenen. Een goed voorbeeld hiervan is de kennis over de relatie tussen roken en longkanker. Maar ook op allerlei andere terreinen zoals hart- en vaatziekten en diabetes is de kennis enorm toegenomen. Deze kennis speelt een sleutelrol bij de ontwikkeling van gezondheidsbeleid, omdat het aanknopingspunten biedt voor gerichte gezondheidsinterventies. Het verschaft het gezondheidsbeleid een wetenschappelijke basis.

De *Health for All* strategie bouwt vooruit op gedachtegoed van Lalonde (1974). De kern van zijn *health field concept* is dat het vraagstuk van ziekte en gezondheid om meer vraagt dan alleen een goed zorgsysteem. Biologische factoren, gedragsfactoren en omgevingsfactoren spelen eveneens een belangrijke rol.

Uit een internationale evaluatie blijkt dat diverse landen zich op een of andere manier (mede) door het *Health for All* initiatief hebben laten inspireren. In Nederland valt in dit verband te wijzen op de Nota 2000 die in 1985 werd uitgebracht. Wat al deze initiatieven hebben opgeleverd, is minder duidelijk. In hun evaluatie van *health target setting* in 18 landen kwamen Van Herten en Van de Water (1998) tot de slotsom, dat de hele ontwikkeling nog grotendeels in de kinderschoenen stond. In alle deelnemende landen was men in feite niet veel verder gekomen dan de formulering van een aantal *targets* zonder dat daarbij duidelijk werd aangegeven welke middelen zouden worden ingezet om deze doeleinden te bereiken. Van Herten en Van de Water gaven hier een positieve draai aan door te spreken over een veelbelovend begin. Eerst was er namelijk helemaal niets. Gezondheid stond nu in ieder geval nadrukkelijker op de beleidsagenda. Andere concrete resultaten betroffen de introductie of herziening van de wetgeving op het terrein van de volksgezondheid en de preventie en de uitbreiding van de epidemiologische kennis door investeringen in gezondheidsinformatiesystemen.

In 1998 bracht de WHO onder de titel *21 targets for the 21st Century* met een herziene versie van de *Health for All* strategie uit. Deze herziening werd in Europa *Health21* gedoopt. Zoals uit de naamgeving reeds blijkt, werd het aantal doelstellingen tot 21 verminderd. Evenals bij de vorige strategie zijn alle doeleinden geformuleerd als *aspirational targets*. Zij werden in vijf hoofdcategorieën ondergebracht, namelijk de verkleining van gezondheidsverschillen, de verbetering van de gezondheid van een aantal specifieke categorieën, de totstandbrenging van een multisectorale aanpak, een sterke focus op gezond-

heidswinst en tenslotte versterking van de aandacht voor verandermanagement (zie bijlage 2).

Diverse nationale en subnationale overheden hebben, (mede) geïnspireerd door Health21, in de afgelopen periode gewerkt aan de ontwikkeling van gezondheidsprogramma's. Deze programma's worden opnieuw gekenmerkt door een enorme variëteit, bijvoorbeeld in termen van het aantal geformuleerde doelstellingen (in Italië en Frankrijk oplopend tot 100 doeleinden!), de mate van specificiteit van de doelstellingen, de specifieke gezondheidsproblematiek waarop het programma is gericht, de gezondheidsdeterminanten waarop het programma aangrijpt, de keuze van de beleidsinstrumenten, et cetera. Verder bestaat er grote variatie in de bestuurslagen die bij de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsprogramma's betrokken zijn. Ook in ander opzicht is sprake van heterogeniteit in de bestuurlijke strategie. Sommige strategieën leunen sterk op de inbreng van de wetenschap en experts en hebben als gevolg daarvan een zekere technocratische inkleuring. In andere strategieën ligt een nadruk meer op de inbreng van een groot aantal partijen van binnen en buiten de overheid om op die manier een brede basis voor gezondheidsbeleid te creëren (legitimiteit). Wismar en Busse (2002) spreken in dit verband over een participatieve strategie die zij plaatsen tegen over een technocratische strategie.

Box 4 Healthy People 2020 Framework in de Verenigde Staten

Het Department of Health and Human Services is de initiator van het *Health People 2020 Framework*. Dit framework beoogt *a society in which all people live long, healthy lives*. Uit het mission statement blijkt dat het gaat om de formulering van gezondheidsprioriteiten en meetbare gezondheidsdoelen, het bewust maken van de bevolking van de determinanten van gezondheid, het tot stand brengen van een intersectorale benadering en tenslotte de bevordering van onderzoek en gegevensverzameling. DHHS beheert een website met 28 focusgebieden (www.healthypeople.gov). Een groot aantal van deze gebieden betreft veel voorkomende ziekten (bijvoorbeeld diabetes, kanker, hart- en vaatziekten). Andere thema's hebben betrekking op gezondheidsdeterminanten (bijvoorbeeld voedselveiligheid; veiligheid van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen; overgewicht; sociale determinanten van gezondheid). Ook zijn er enkele meer algemene gezondheidsthema's (bijvoorbeeld gezinsplanning, gezondheidscommunicatie en IT, *genomics*). Voor elk thema is een aantal concrete *richtingdoeleinden* geformuleerd. Op een enkele uitzondering na is afgezien van kwantitatieve doeleinden. Het totaal aantal doeleinden bedraagt

momenteel 467. Een interessant aspect van de website is dat voor elke doelstelling de bijbehorende databron is opgenomen. Een ander aspect betreft de interactieve inrichting van de website. Gezondheidswerkers, patiëntenorganisaties of andere partijen kunnen reageren op de geformuleerde thema's en doelstellingen en suggesties doen voor een bijstelling ervan. Van deze gelegenheid wordt in de praktijk ook gebruik gemaakt.

De website formuleert ook tien *leading indicators* om de gezondheid van de bevolking te monitoren. Deze indicatoren betreffen de meest belangrijk geachte gezondheidsproblemen: gebrek aan beweging, overgewicht en obesitas, roken, drugsgebruik, seksueel gedrag, geestelijke gezondheid, verwondingen en geweld, milieukwaliteit, immunisatie en toegankelijkheid van de zorg.

Recentelijk is door de Europese tak van de WHO opnieuw een conceptrapport uitgebracht, getiteld *The European Health 2020 Policy* (WHO Euro, 2010). Dit rapport wijkt niet veel van zijn voorgangers. Het bevat een globale schets van de te volgen strategie en een aantal breed geformuleerde aspiratiedoelinden. Het rapport biedt niet veel nieuws of het zou moeten zijn dat de bevordering van gezondheid een intersectorale aanpak op zowel lokaal/regionaal, nationaal, internationaal en bovennationaal niveau vereist. Gezondheid wordt beschouwd '*as a whole of society effort*'.

Box 5 Tackling Health Inequalities: targeting routine and manual smokers in support of the public service agreement smoking prevalence and health inequality targets (NHS, 2009).

In juni 2009 kondigde de overheid een vernieuwd programma aan ter verkleining van gezondheidsverschillen als gevolg van roken. Dit programma berustte op het empirische gegeven dat roken op veel grotere schaal onder laaggeschoolde werknemers⁸ voorkwam dan onder de bevolking als geheel. Het bevatte een aantal kwantitatieve doelstellingen. De prevalentie van roken onder de totale bevolking diende in 2010 tot 21% of lager te zijn verminderd en onder de laaggeschoolde werknemers tot 26% of minder. Als *base-line* gold daarbij de periode 1997-1999. Omdat roken ook de gezondheid van pasgeborenen beïnvloedt, werden nog twee andere kwantitatieve doelstellingen geformuleerd. Het verschil in kindersterfte (jonger dan 1 jaar) tussen de totale bevolking en de laaggeschoolde werknemers diende in 2010 minimaal met

⁸ Deze werknemers vallen in de zogeheten *routine and manual (R&M)* groep. Enkele voorbeelden zijn portiers, bewakers, schoonmakers, barpersoneel, verkoopassistenten, machinisten, personen werkzaam in call centres en elektriciens.

10% te zijn verminderd. Voorts moest het verschil in levensverwachting bij geboorte tussen de gehele bevolking en de bevolking in de vijf gebieden met de laagste levensverwachting in 2010 minimaal met 10% zijn verminderd.

Over de inzet van de beleidsinstrumenten om deze gezondheidsdoelstellingen te bereiken, blijft het programma vaag. Geconstateerd wordt dat de effectiviteit van het programma een lokale aanpak vereist. Om een dergelijke aanpak te realiseren zullen *service level agreements* (SLA's) met lokale overheden, Primary Care Trusts (PCT's), NHS Trusts en maatschappelijke organisaties worden afgesloten. Bij gebrek aan een afdoende wettelijke instrumentarium wil de overheid voornoemde partijen op die manier aan de uitvoering van haar beleid binden.

De kwantitatieve doelstellingen van het programma waren niet nieuw, want zij maakten reeds deel uit van een in 2003 uitgebrachte nota onder de titel *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*. Uit een in 2007 uitgebrachte evaluatie bleek echter, dat de beoogde verkleining van de gezondheidsverschillen niet was bereikt. Integendeel zelfs. Weliswaar was de kindersterfte in de periode 2002-2004 in de groep van laaggeschoolde werknemers verbeterd, maar tegelijkertijd waren de gezondheidsverschillen ten opzichte van de totale bevolking opgelopen van 13% tot 19% (base-line periode 1997-1999).

Er bestaat zowel nationaal en internationaal een overvloed aan intersectorale programma's ter bescherming en bevordering van gezondheid. Die programma's betreffen bijvoorbeeld gezonde voeding voor kinderen op schaal, de strijd tegen kanker en alcoholmisbruik, de bevordering van veilige seks, maatregelen ter bevordering van de verkeersveiligheid, het verkleinen van gezondheidsverschillen, et cetera (Busse & Wismar, 2002; Marks & Hunter, 2005). De boxen in deze achtergrondstudie bieden hiervan een beknopte impressie. Wat in deze impressie opvalt is dat in Engeland vooral wordt ingezet op kwantitatieve doeleinden. In de overige voorbeelden is steeds sprake van richtingdoeleinden (verbetering van x, vermindering van y, et cetera). Zoals eerder aangegeven, ligt de verklaring voor dit verschil in benadering naar onze mening vooral in het feit, dat kwantitatieve targets in Engeland als managementinstrument dienen. Zij maken deel van SLA's waarop betrokken instanties worden afgerekend.⁹

⁹ Ook in Nederland zijn kwantitatieve gezondheidsdoeleinden geformuleerd maar deze worden, anders dan in Engeland, niet als managementinstrument gebruikt.

Box 6 Het Noord-Karelia project

Dit project werd in het begin van de jaren zeventig gestart in Finland. De doelstelling ervan was om de mortaliteit en morbiditeit van hart- en vaatandoeningen te verminderen. Om de doelstelling te bereiken werd een systematisch en breed opgezet interventieprogramma opgezet. Belangrijke onderdelen hiervan waren:

- Invoering van een nieuwe Wet op de Volksgezondheid (1972) met een sterkere nadruk op preventie.
- Allerlei regulerende maatregelen zoals het rookvrij verklaren van bepaalde ruimten en het verstrekken van gezonde voeding op school.
- Intensieve samenwerking met de voedingsindustrie voor de ontwikkeling van gezonde voeding.
- Uitgebreide informatieverstrekking via en in samenwerking met de media.
- Het betrekken van lagere overheden, opinieleiders, sport- en andere maatschappelijke organisaties bij de campagnes
- Opzetten van allerlei educatieve programma's met het oog op gezondheidsbevordering

De monitoring van de resultaten toont voor de periode 1970-2002 een positief effect op de mortaliteit van hart- en vaatziekten bij mannen (35-64 jaar) en een drastische vermindering van het verschil in mortaliteit tussen Noord-Karelia en geheel Finland. Uit onderzoek blijkt dat dit resultaat grotendeels aan gedragsverandering valt toe te schrijven. Vanwege gebleken succes wordt de aanpak nu ook bij andere chronische aandoeningen toegepast.

Bron: Jousilahti (2006)

Ter afsluiting van deze paragraaf besteden we kort aandacht aan enkele ervaringen in Nederland met gezondheidsbeleid (zie Ruwaard 2000 voor een beknopt historisch overzicht). In 2003 werd ingevolge artikel 7 van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (1995) de nota *Langer Gezond Leven* uitgebracht. De nota bepleitte maatregelen om in de wijk, op het werk, in de zorg en op school voor drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. Op deze speerpunten werd een uitgebreid actieprogramma gezet waarin nadrukkelijk de samenwerking met allerlei maatschappelijke organisaties werd gezocht. Het Convenant Overgewicht met tien maatschappelijke partners is hiervan een voorbeeld. Ingevolge de WCPV werden de gemeentebesturen belast met de nadere uitwerking van deze speerpunten in hun lokale gezondheidsbeleid.

In 2006 zag de nota *Kiezen voor Gezond Leven* met daarin het programma voor de periode 2007-2010 het licht. Uit de titel van de nota spreekt dat gezond

leven als een individuele keuze wordt beschouwd. Door een gezonde leefstijl kunnen burgers hun gezondheid bevorderen. Wel wordt hieraan direct toegevoegd, dat de keuze voor gezond leven niet altijd gemakkelijk is. De samenleving dient daarom zo te worden ingericht dat 'de gezonde en bewuste keuze' een gemakkelijk keuze wordt. Dat vergt een brede en intersectorale aanpak. De nota voegt aan de drie bestaande speerpunten van beleid nog twee nieuwe speerpunten toe, namelijk voorkomen van schadelijk alcoholgebruik en preventie van depressie. Voor roken, schadelijk alcoholgebruik en diabetes worden kwantitatieve doeleinden geformuleerd. Voor wat betreft overgewicht en depressie wordt gekozen voor de formulering van richtingdoeleinden. Voor elk speerpunt wordt tevens een korte schets van de landelijke en lokale aanpak geboden. Voorbeelden van de landelijke aanpak zijn het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-20120, het project Alcohol en Opvoeding, het Convenant Overgewicht, de voorlichtingscampagne Kijk op Diabetes en het doorbraakproject Diabetes. Opvallend is dat in de speerpunten geen sprake is van een expliciete focus op de verkleining van gezondheidsverschillen.

Box 7 Gezondheidsdoeleinden in Duitsland

In 2000 werd op initiatief van de federale overheid het samenwerkingsverband *Gesundheitsziele.de* opgericht, bestaande uit vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, private verzekeraars en zorgaanbieders. Het samenwerkingsverband verzorgt een website (www.gesundheitsziele.de) waarop de speerpunten van beleid staan vermeld. Deze betreffen (1) het terugdringen van diabetes type, (2) de aanpak van borstkanker, (3) de vermindering van het aantal rokers, (4) de bevordering van gezond opgroeien (beweging, voeding, et cetera), (5) de versterking van gezondheidscompetenties en (6) de aanpak (voorkomen, vroegtijdig herkennen, adequaat behandelen) van depressie. Alle doeleinden zijn geformuleerd als richtingdoeleinden (bijvoorbeeld verbetering van, vermindering van). Er is afgezien van kwantificering. Wel is bij elk doel een aantal initiële beleidsmaatregelen geformuleerd.

Zeer recentelijk heeft de Inspectie voor de Volksgezondheid een nota gepubliceerd met haar bevindingen inzake het lokale gezondheidsbeleid. De Inspectie onderzocht daartoe de inhoud van lokale gezondheidsnota's. Haar bevindingen zijn over het algemeen erg kritisch. De preventiecyclus sorteert onvoldoende effect. De gemeentelijke gezondheidsdiensten zouden de gemeenten betere ondersteuning moeten geven. Maar een zeer beperkt aantal interventies uit de leeflijnen verdient het predicaat 'bewezen effectief'. Doeleinden zijn

vaak onrealistisch geformuleerd met alle gevolgen voor de geloofwaardigheid van het beleid.

Aansluitend bij haar Meerjarenbeleidsplan bepleit de Inspectie voor een focus in het lokale gezondheidsbeleid op kwetsbare groepen, in het bijzonder gezinnen met geringe sociale redzaamheid en stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problemen. Het bieden van zorg en ondersteuning wordt gekenmerkt door een aantal gemeenschappelijke problemen: cumulatie van problematiek (zorg, onderwijs, huisvesting, financiën en justitie); betrokkenheid van meerdere hulpverleners en instanties die elk opereren vanuit een eigen kader; de problematiek is veelal chronisch of keert geregeld terug; zorgmijdend gedrag. Effectieve zorg en ondersteuning vereist dat beide in een zo vroeg mogelijk stadium worden gegeven, dat de zorg langdurig is maar tegelijkertijd wisselend in aard en intensiteit en dat de betrokken instellingen bij hun hulpverlening aan gezinnen beter samenwerken (*wrap around care*). Voorbeelden van een doelgerichte aanpak zijn onder meer vroegsignalering van geringe zelfredzaamheid met behulp van verloskundigen en kraamzorg, het tijdens de zwangerschap opsporen van potentiële psychische problematiek, antisociaal gedrag en criminaliteit bij kinderen en het regelen van zorg en ondersteuning ter voorkoming van deze problematiek, samenwerking tussen GGD'en en energiebedrijven om afsluiting van energie te voorkomen, et cetera.

7. Conclusies en beleidslessen

In deze achtergrondstudie is aandacht besteed aan een aantal aspecten van gezondheidsbeleid. De belangrijkste kenmerken van dit beleid zijn: (a) gericht op het bereiken van bepaalde gezondheidsdoeleinden (*health targets*); (b) focus op factoren die gezondheid beïnvloeden (gezondheidsdeterminanten); (c) gericht op preventie; (d) een intersectorale beleidsstrategie. Achtereenvolgens kwamen de volgende thema's aan de orde: de legitimiteitsvraag, de formulering van gezondheidsdoeleinden, de instrumentatie van gezondheidsbeleid en de bestuurlijke aspecten ervan. Tevens werden enkele nationale en internationale ervaringen met gezondheidsbeleid kort besproken.

Op een aantal plaatsen werden conclusies getrokken en formuleerde beleidslessen geformuleerd. Hieronder volgt een beknopte samenvatting.

- Gezondheidsbeleid vraagt om maatschappelijke legitimering. De legitimiteit van gezondheidsbeleid is niet altijd vanzelfsprekend en dreigt soms

ondergesneeuwd te raken in discussies over de effectiviteitsvraag. Effectiviteit veronderstelt legitimiteit en omgekeerd. Het belang van een goede en professionele communicatie over de legitimiteit van gezondheidsbeleid zal toenemen.

- *Aspirational targets* in de betekenis van breed geformuleerde streefdoel-einden vormen weliswaar een inspiratiebron voor gezondheidsbeleid, maar schieten vanwege hun breedte en ambiguïteit tekort als richtsnoer voor concrete beleidsvoering. Zij bergen ook het gevaar van ongeloofwaardigheid en gebrek aan realiteitszin in zich.
- Effectief gezondheidsbeleid vraagt om doeleinden die ambitieus maar tegelijkertijd ook realistisch, geloofwaardig en meetbaar zijn geformuleerd. De (inter)nationale ervaring leert dat aan deze eis lang niet altijd is voldaan.
- De formulering van gezondheidsdoeleinden blijkt een complexe materie waarbij zich diverse problemen voordoen. Deze problemen zijn deels van inhoudelijke aard (welke doeleinden moeten worden geformuleerd) en deels van politieke aard (de huidige 'politieke logica' legt een sterke nadruk op de korte termijn).
- Een ander probleem betreft de vraag of gezondheidsdoeleinden een richting moeten aangeven (bijvoorbeeld 'een vermindering van', 'een versterking van') of kwantitatief moeten worden geformuleerd. Vanuit internationaal perspectief lijkt een zekere voorkeur voor de formulering van richtingdoeleinden te bestaan.
- De formulering van kwantitatieve gezondheidsdoeleinden komt in aanmerking indien aan een aantal voorwaarden is voldaan. Ten eerste dient de kwantificering goed te kunnen worden onderbouwd. Ten tweede moet de kwantitatieve doeleinden 'maakbaar' zijn. Maakbaarheid veronderstelt een goed theoretisch model over oorzaken en gevolgen. Ten derde stelt een kwantitatieve formulering eisen aan beschikbare gegevens. De doeleinden moeten meetbaar zijn, de kwaliteit van de gegevens moet aan de daaraan te stellen eisen voldoen en de kwetsbaarheid van de gegevens voor manipulatie (*gaming*) moet zo gering mogelijk zijn. Indien aan deze voorwaarden niet is voldaan, kan het beste van kwantitatieve doeleinden worden afgezien.
- Tegenwoordig wordt terecht grote betekenis toegekend aan de formulering van gezondheidsdoeleinden in termen van gezondheidswinst (uitkomstdoeleinden). Maar dit betekent niet dat structuur- en procesdoeleinden hun betekenis hebben verloren. Mutatis mutandis geldt dit ook

voor het meten van de effecten van beleid met behulp van structuur- en procesindicatoren. Kennis van de structuur- en procesaspecten van gezondheidsbeleid is essentieel voor het op waarde schatten van de geboekte gezondheidswinst. Een eenzijdige focus leidt gemakkelijk tot een gebrek aan relevante sturingsinformatie.

- De formulering van gezondheidsdoeleinden levert weinig op zonder aandacht voor de ontwikkeling van middelen om die doeleinden te bereiken (de instrumentatie van beleid). Hier stuiten we op de achilleshiel van het gezondheidsbeleid. De (inter)nationale ervaring leert dat gezondheidsbeleid gemakkelijk blijft steken in de formulering van gezondheidsdoeleinden. De aandacht voor de instrumentatie schiet tekort. Deze instrumentatie vraagt om kennisontwikkeling. Op tal van terreinen zijn er grote leemten in de kennis over de determinanten van gezondheid en de effectiviteit van gezondheidsinterventies (*evidence*).
- Effectief gezondheidsbeleid veronderstelt een brede en samenhangende aanpak waarbij zo nodig een heel scala van beleidsinstrumenten wordt ingezet. Een eenzijdige focus op gedragsinstrumenten of omgevingsinstrumenten schiet doorgaans tekort.
- Effectief gezondheidsbeleid vergt de waarborging van de continuïteit van beleid dat bewezen effectief is.
- Een belangrijk kenmerk van gezondheidsbeleid betreft het intersectorale karakter ervan. Een succesvolle aanpak vergt de inzet van en samenwerking tussen diverse partijen in een bestuurlijk netwerk. De totstandkoming van een dergelijk netwerk stelt hoge eisen aan de besturing. Het gaat niet alleen om draagvlak maar ook om daadkracht. Effectief gezondheidsbeleid vraagt derhalve om expliciete aandacht voor de bestuurlijke context ervan (onder meer verdeling verantwoordelijkheid, coördinatie, incentives, toezicht, middelenkader).
- Gezondheidsproblemen zijn complexe problemen. Er spelen een groot aantal factoren (gezondheidsdeterminanten) op. Het gaat om een weerbarstige problematiek, zeker indien het aspect van de gezondheidsverschillen erbij wordt betrokken. Gezondheidsbeleid vereist daarom een blijvende inzet en een voldoende middelenkader om de beoogde resultaten te kunnen bereiken. Tegelijkertijd is ook realiteitszin geboden en moeten de verwachtingen worden getemperd. Ook gezondheidsbeleid kent zijn grenzen in termen van wat bereikt kan worden. Ook speelt hier de legitimiteitsvraag die in essentie gaat over de gewenste inrichting van de

samenleving en de verantwoordelijkheid van de overheid en de burger daarbinnen.

- Effectief gezondheidsbeleid vereist het systematisch doorlopen van de preventiecyclus waarin het RIVM in de VTV de stand van zaken beschrijft, de rijksoverheid de prioriteiten voor collectieve preventie formuleert, gemeenten lokale uitwerking geven aan deze prioriteiten en de Inspectie de resultaten evalueert.

Referenties

Bevan G, Hood Chr (2006). What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*,84(3): 517-538.

Busse R, Wismar M (2002). Health target programmes and health care services – any link. A conceptual and comparative study. *Health Policy* 59(3): 209-221.

Cockerham W (2007). *Social causes of health and disease*. Cambridge: Polity Press.

De Bruijn H (2001). *Managing performance in the public sector*. Londen/New York: Routledge.

De Leeuw E (1989). *Health Policy. An exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands*. Maastricht: Savannah-Datawyse.

De Leeuw E, Polman L (1995). Health policy making: The Dutch experience. *Social Science & Medicine*, 40 (3) 331-338

Ezzati M et al (red) (2004). *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of diseases attributable to major risk factors*. Genève: WHO.

Goumans M (1998). *Innovation in a fuzzy domain: healthy cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom*. Maastricht: datawyse (disseratie)

Hunter D (2003). *Public Health Policy*. Cambridge UK: The Polity Press.

IVG (Inspectie voor de Gezondheidszorg) (2010). *Staat van de Gezondheidszorg. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg*. Utrecht.

Jousilahti P (2006). The promotion of heart health: a vital investment for Europe. In: Stahl T, Wismar M, Ollilla E, Lahtinen E, Leppo K (red). *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. WHO/European Observatory: 41-63.

Kuypers G (1980). *Beginselen van beleidsontwikkeling*. Deel A en B. Muiderber: Coutinho.

- Lalonde M (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services.
- Mackenbach J, Bos V, Anderson O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Helmstrom O, Valkonen T, Kunst A (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in sixteen European countries. *International Journal of Epidemiology* 32(5): 830-837.
- Mackenbach J, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap M, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst A (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23): 2468-2481.
- McKee M (2008). On target? Monitoring and evaluation. In: Wismar M et al, *Health targets in Europe. Learning from experience*. Observatory Studies Series nr. 13: 23-39
- NHS (2007). *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. Londen.
- NHS (200). *Tackling Health Inequalities. Targeting routine and manual smokers in support of the Public Service Agreement Smoking Prevalence and Health Inequity Aspects*. Londen.
- NHS (2010a). *Equity and excellence: Liberating the NHS*. Londen.
- NHS (2010b). *Liberating the NHS: Transparency in outcomes – a framework for the NHS*. Londen.
- Pomp M (2010). *Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- RIVM (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven.
- Ruwaard D (2000). Health reporting in European perspective. The Dutch example. *European Journal of Public Health* 10(2): 83-85.
- Schmidt H (2008). Bonuses as incentives and rewards for health responsibility: a good thing? *Journal of Medicine and Philosophy*, 33: 198-200.
- Smith P (2008). England: Intended and unintended consequences. In: Wismar M et al, *Health targets in Europe. Learning from experience*. Observatory Studies Series nr. 13: 63-81
- Smith P, Busse R (2009). Targets and performance measurement. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman (red). *Performance measurement for health and system improvement*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009: 509-536.
- Social market Foundation (2005). *To the point: a blueprint for good targets*. Londen (rapport).
- Srivastava D, McKee M (2008). The emergence of health targets: some basic principles. In: Wismar M et al, *Health targets in Europe. Learning from experience*. Observatory Studies Series nr. 13: 9-22.
- St-Pierre L (2010). *Governance Tools and Framework for Health in All Policies* (paper).

Tigerstedt Chr., Kaerlsson th, Mäkeä, P, Österberg E, Tuominen I (2006). Health in alcohol policies: The European Union and its Nordic Member States. In: Stahl, T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo O (red) (2006). *Health in All policies: Prospects and potentials*. Copenhagen: WGO/Observatory.

Van Herten L, Gunning-Schepers L (2000). Targets as a tool in health policy. Part 1: lessons learned. *Health Policy* 52: 1-11.

Van Herten L, Van de Water H (2000). Health policies on target? Review on target setting in 18 European countries. *European Journal of Public Health* 10(4 supplement): 11-16.

VWS (2006). *Kiezen voor gezond leven*. Den Haag.

VWS (2007). *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag.

WHO (1998). *Health21. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen.

WHO (2010). *The European Health 2020 Policy*. Copenhagen.

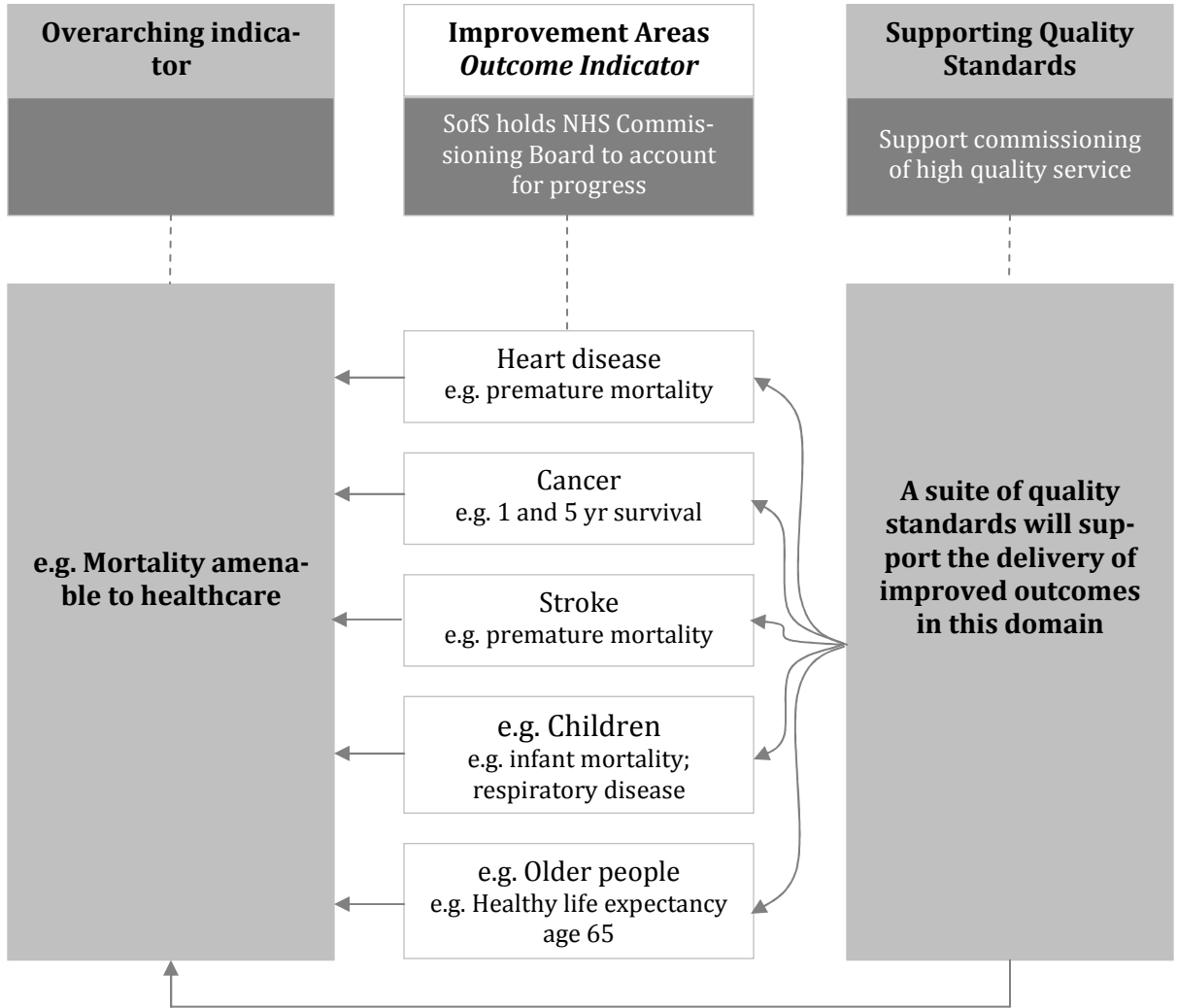
Wismar M, Busse R (2002). Outcome-related health targets – political strategies for better health outcomes. A conceptual and comparative study. *Health Policy*, 59: 223-241.

Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastava D, Busse R (red) (2008). *Health targets in Europe. Learning from experience*. Observatory Studies Series nr. 13. WHO: Copenhagen.

Zandstra-Andela G (1982). Rationalisatie van de beleidsbeslissing bij de overheid. In: A. Hoogerwerf (red), *Overheidsbeleid*. Alphen aan den Rijn: Samsom, pp. 279-299.

Bijlage 1:

Preventing people from dying prematurely



Bijlage 2

Samenvatting van de health targets in Health21

Solidarity and equity in health

1. verkleining van gezondheidsverschillen wereldwijd (solidariteit)
2. verkleining van gezondheidsverschillen nationaal (rechtvaardigheid)

Better health for the people

3. verbetering van gezondheid van pasgeborenen (*healthy start*)
4. verbetering van gezondheid jongeren
5. verbetering van gezondheid ouderen (*healthy aging*)
6. verbetering van geestelijke gezondheid
7. beperking van besmettelijke ziekten
8. beperking van niet-besmettelijke ziekten
9. vermindering van het aantal geweldsdelicten en ongelukken.

A multisectoral strategy for sustainable health

10. totstandbrenging van een gezonde en veilige fysieke omgeving
11. totstandbrenging gezonde leefomgeving
12. vermindering van gezondheidsrisico's als gevolg van alcohol, tabak en drugs
13. realisering van een gedeelde (multisectorale) verantwoordelijkheid voor gezondheid

Changing the focus: an outcome-oriented health sector

14. streven naar een veel meer geïntegreerd gezondheidssysteem
15. verbetering van gezondheid centraal
16. verbetering van de kwaliteit van zorg
17. allocatie van de middelen voor zorg moet rechtvaardig en houdbaar zijn
18. aandacht voor human resources ten behoeve van gezondheid

Managing change for health

19. aandacht voor kennisontwikkeling
20. mobilisering van *partners for health*
21. aandacht voor de implementatie van gezondheidsbeleid.

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Bron: Social Market Foundation (2005)