

# Preventie is goed voor de gezondheid en voor de portemonnee

Investeren in een goede gezondheid heeft positieve welvaarts-effecten. Deze baten blijven in de beleidsdiscussie echter buiten beeld. Hoe kunnen ze in kaart gebracht worden?

## IN HET KORT

- Het is mogelijk om zowel de gezondheidswinst als de macro-economische baten van preventiemaatregelen te berekenen.
- Zo heeft het terugdringen van overgewicht welvaartsbaten, voor zowel de gezondheid als voor het nationaal inkomen.
- Het is tijd voor de ontwikkeling van een algemeen aanvaard model om de baten voor preventie in Nederland te berekenen.

## BRAM WOUTERSE

Universitair hoofd-docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

## SANDER BOXEBELD

Promovendus aan de EUR

## JOCHEN MIERAU

Hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen en wetenschappelijk directeur van Lifelines

**D**e maatschappelijke baten van preventie zijn groot. Een langer en gezonder leven is vooral van grote intrinsieke waarde voor mensen zelf, maar daarnaast hangen gezondheid en de groei van het nationaal inkomen innig met elkaar samen.

In de beleidsdiscussie blijven de maatschappelijke baten van preventie echter nog te vaak buiten beeld. Politieke partijen kunnen hun verkiezingsprogramma's wel door het Centraal Planbureau (CPB) laten doorrekenen op budgettaire effecten en door het Planbureau voor de Leef-omgeving op klimaateffecten, maar niet op effecten voor de volksgezondheid. Ook buiten de verkiezingstijd ontbreekt een stelselmatige analyse van de maatschappelijke effecten van publiek gezondheidsbeleid, zoals die er bijvoorbeeld voor onderwijs- en arbeidsmarktbeleid in de vorm van de Kansrijk-studies van het CPB wel bestaat.

Het ontbreken van inzicht in de bredere baten van gezondheid zet preventiebeleid op achterstand. Er zijn in Nederland nog geen generieke modellen waarmee op macroniveau de baten van een grote set aan gezondheidsmaatregelen kunnen worden doorgerekend.

Hoewel het ontwikkelen van een dergelijk model complex is, betogen we in dit artikel dat het nodig én mogelijk is om te starten met het structureel doorrekenen van de welvaartseffecten van preventie. Dit illustreren we met behulp van een relatief eenvoudig model dat we gebruiken om een inschatting te maken van de effecten van het terugdringen van overgewicht. We richten ons daarbij zowel op de directe effecten op de groei van het nationaal inkomen als op de

welvaart in brede zin (de gemonetariseerde waarde van de gezondheidswinst). Beide perspectieven zijn nodig voor een goede beleidsafweging: waar het overheidsbeleid zich uiteindelijk zou moeten richten op de brede maatschappelijke welvaart, zijn voor veel beleidsbeslissingen de directe effecten op de groei van het nationaal inkomen nu eenmaal leidend. De effecten op de zorgkosten laten we hier buiten beschouwing; hoewel belangrijk voor de overheidsfinanciën, hebben deze maar een beperkte invloed op het nationaal inkomen.

## De maatschappelijke baten van gezondheid

Een goede gezondheid kan behoorlijke baten hebben. Zowel Bloom et al. (2024) als Weil (2007) vinden dat een toename van de overlevingskans onder volwassenen van tien procentpunt leidt tot een stijging van tien procent van de arbeidsproductiviteit. Verschillende studies laten theoretisch en empirisch zien dat hier een groot aantal mechanismen aan ten grondslag ligt (Acemoglu en Johnson, 2007; Weil, 2007; 2014; Bloom et al., 2024).

Ten eerste is de prikkel om te investeren in menselijk kapitaal hoger als de overtuiging bestaat dat van een onderwijsinvestering langer en op verschillende punten in de levensloop kan worden geprofiteerd (Van Erp en Ter Weel, 2013; Weil, 2014).

Ten tweede is een goede gezondheid een randvoorwaarde om te kunnen investeren in en gebruik te maken van het menselijk kapitaal – als je ziek bent kun je immers moeilijker een opleiding volgen of werken.

Tot slot is ook een groeiende accumulatie van kapitaal een mechanisme voor de groei van het nationaal inkomen bij een stijgende levensverwachting, waardoor meer middelen beschikbaar zijn voor investeringen (Mierau en Turnovsky, 2014; Weil, 2014). Hoe dat effect precies vorm krijgt, hangt af van de inrichting van het pensioenstelsel (Heijdra en Mierau, 2011).

## Preventiebeleid mist kosten-batenafweging

Bij het beoordelen van preventiemaatregelen wordt gezondheidswinst nu nog onvoldoende meegenomen. Dit is anders dan bij bijvoorbeeld het vergoeden van medicijnen. In de evaluaties voor het vergoeden van nieuwe medicijnen en technologieën in de zorg is de verhouding tussen kosten en (brede maatschappelijke) baten doorslaggevend.

Bij preventiebeleid, dat vaak plaatsvindt buiten de zorg, wordt veelal alleen naar de budgettaire effecten geke-

ken. In veel gevallen leiden investeringen in preventie bijvoorbeeld tot extra zorgkosten, omdat een betere gezondheid leidt tot een langer leven en dus tot meer zorggebruik gedurende het totale leven (Wouterse, 2020). De waarde van dat langere leven wordt voor investeringen in preventie echter niet meegenomen.

Door de focus op budgettaire effecten, blijven ook preventieve maatregelen die bescheiden budgettaire effecten hebben, maar wel een aanzienlijke impact op de volksgezondheid, vaak buiten beschouwing. Denk hierbij aan initiatieven als de Rookvrije generatie, maar ook aan het beperken van de beschikbaarheid van fastfood of het veranderen van productsamenstelling.

Incidenteel verschijnen er kosteneffectiviteitsstudies voor afzonderlijke maatregelen (De Blaeij et al., 2020) en maatschappelijke kosten-batenanalyses van bijvoorbeeld roken en overgewicht, maar deze nemen niet altijd alle maatschappelijke baten mee (Van 't Land et al., 2022).

Internationaal zijn er wel enkele voorbeelden van modellen die een integrale kosten-batenanalyse maken voor preventiemaatregelen, zoals het SPHeP-NCD-model (*Strategic Public Health Planning for Non-Communicable Diseases*) van de OESO waarmee de maatschappelijke uitkomsten van verschillende soorten leefstijlinterventies voor 36 landen kunnen worden berekend (OESO, 2020).

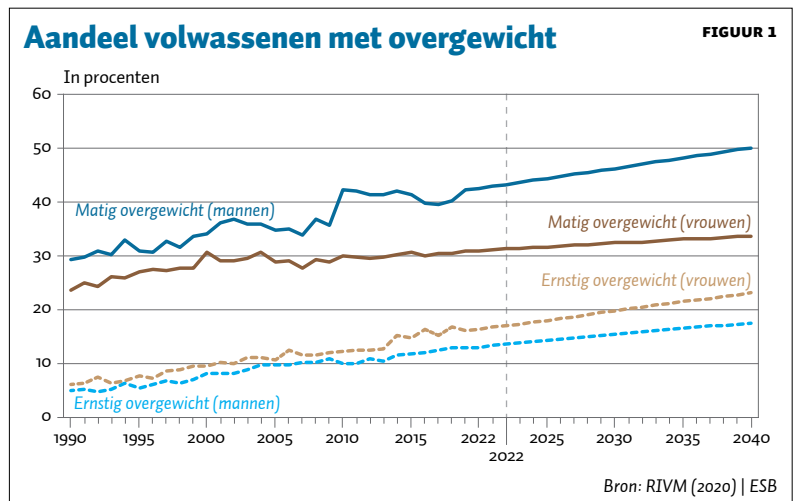
## Overgewicht als welvaartsprobleem

Om te illustreren wat voor welvaartsbaten preventiebeleid kan hebben, zoomen we in op overgewicht, omdat dit een van de grootste publieke gezondheidsproblemen is. Het RIVM (2020) voorspelt dat de prevalentie van overgewicht (BMI  $\geq 25$ ) onder volwassenen zal stijgen van 53 procent nu naar 62 procent in 2040 (figuur 1). Dit is een zorgelijke ontwikkeling, aangezien overgewicht samenhangt met een verscheidenheid aan nadelige sociaal-economische en gezondheidsuitkomsten, zoals een kortere levensverwachting en een hogere ziektelast van chronische aandoeningen (Goryakin et al., 2019). De relaties die in de (macro-) economische literatuur bepalend zijn voor de groei van het nationaal inkomen worden in studies ook op het individuele niveau gevonden voor overgewicht: het hebben van overgewicht is geassocieerd met slechtere schoolresultaten, lagere arbeidsproductiviteit en hogere arbeidsuitval.

Bij beleidsmakers is de aandacht voor overgewicht de laatste jaren gegroeid. De Rijksoverheid heeft in 2018 met meer dan zeventig maatschappelijke organisaties het Nationaal Preventieakkoord gesloten (MinVWS, 2018) dat dit jaar door het Gezond en Actief Leven Akkoord werd opgevolgd. Als onderdeel van deze akkoorden is het doel gesteld om de prevalentie van overgewicht terug te dringen tot het niveau van 1995 (38 procent). Dit doel ligt met de huidige afspraken volgens het RIVM (2023) echter ver buiten bereik.

## Rekenen aan overgewicht

Om de welvaartsbaten van preventie te berekenen, werken we met drie scenario's voor de prevalentie van overgewicht in 2040. Volgens de voorspellingen van het RIVM (figuur 1) stijgt in de komende twee decennia het percentage volwassenen met overgewicht aanzienlijk. We berekenen niet het effect van specifieke maatregelen, maar we richten ons



op de langetermijneffecten van structurele reducties in het percentage mensen met overgewicht.

In het meest optimistische scenario stabiliseert de prevalentie van overgewicht en obesitas op het niveau van 2022 (vijftig procent). Dit is een beperktere ambitie dan afgesproken in het Nationaal Preventieakkoord, maar nog steeds een aanzienlijke daling ten opzichte van de voorspelde prevalentie van meer dan zestig procent. Zo'n stabilisatie valt niet te halen met een paar eenvoudige interventies, maar vergt maximale inzet en aanvullende maatregelen zoals een suikertaks en het terugdringen van het aanbod van ongezond voedsel. Dit scenario illustreert dus het potentieel van zo'n maatschappij-brede inzet op preventie.

In de twee meer realistische scenario's gaan we uit van een daling van het gemiddelde BMI in 2040 van één respectievelijk twee procent ten opzichte van wat er nu voorspeld wordt. Deze scenario's geven een beeld van de extra baten die met relatief kleine beleidswijzigingen behaald kunnen worden.

De effecten in de drie scenario's zetten we af tegen een baseline-scenario, waarin de prevalentie van overgewicht en obesitas de door het RIVM voorspelde trend volgt.

We richten we ons op de effecten op de gezondheid en op de formele arbeidsparticipatie en productiviteit. Voor de gezondheid gaan we uit van het indirecte effect van overgewicht op kwaliteit van leven via een beperkt aantal ziektes, en drukken de gezondheidseffecten uit in gewonnen gezonde levensjaren (QALY's: *Quality Adjusted Life-years*), waaraan we een monetaire waardering toekennen van 50.000 euro per QALY (TWG-KBP, 2024). Ook voor de effecten op arbeidsparticipatie en productiviteit richten we ons alleen op het indirecte effect van gewicht via geselecteerde ziekten op verzuim en arbeidsparticipatie.

Voor het doorrekenen gebruiken we een door Hoogendoorn et al. (2023) ontwikkeld cohortmodel. We berekenen de levensloopeffecten voor een cohort van twintigjarige als een benadering voor de structurele effecten van veranderingen in gewicht in de Nederlandse bevolking. Dit is, onder bepaalde voorwaarden, een steady-state-benadering van de structurele effecten van permanente veranderingen in het BMI van de Nederlandse bevolking. We lichten de methoden en onderliggende aannames verder toe in de appendix bij de online versie van dit artikel.

**Maatschappelijke structurele effecten ten opzichte van het basisscenario, per jaar**

TABEL 1

	Als BMI daalt met...		Als BMI stabiliseert op niveau 2022
	...1%	...2%	
Productiviteitswinst, in miljoenen euro's	300	590	790
Productiviteitswinst, in procenten	0,09	0,18	0,24
Levensverwachtingswinst per persoon, in jaren	0,05	0,09	0,15
Gezondheidswinst, in extra gezonde levensjaren (QALY's) per persoon	0,06	0,12	0,18
Macro gezondheidswinst, in miljoenen euro's	680	1.310	2.040

Data: RIVM | ESB

**De baten van minder overgewicht**

Het keren van de stijgende trend in overgewicht heeft positieve effecten op zowel de productiviteit als de gezondheid. Tabel 1 laat van de verschillende scenario's de structurele jaarlijkse productiviteits- en gezondheidseffecten zien. Wanneer we erin slagen het percentage mensen met overgewicht niet verder te laten groeien, levert dat een winst op van gemiddeld bijna 0,2 gezonde levensjaren per persoon ten opzichte van het basisscenario. Uitgedrukt in euro's gaat het om een maatschappelijke winst van meer dan twee miljard per jaar.

Ook de productiviteit stijgt bij het tegengaan van de trend in overgewicht. In het meest optimistische scenario stijgt de productiviteit met 0,8 miljard euro per jaar ten opzichte van het basisscenario. Dit is een toename van 0,24 procent. Ook in de meer gematigde scenario's, waarbij de prevalentie van overgewicht in 2040 met één of twee procent daalt ten opzichte van de voorspelling van het RIVM, zijn positieve effecten op zowel de gezondheid als de productiviteit te zien.

Uiteraard is deze analyse niet zonder beperkingen: de steady-state-benadering geeft geen inzicht in de effecten van geleidelijke verbeteringen in het BMI van de bevolking in de loop der tijd. Ook is het aantal meegenomen ziekten beperkt en is de relatie met arbeidsproductiviteit vrij mechanisch gemodelleerd. Verder wordt de interactie tussen gezondheid en investeringen in onderwijs niet meegenomen. Tegelijk zijn er al veel analyses en modellen beschikbaar, zoals de verschillende ziektemodellen van het RIVM en de OESO, waarmee een verfijnder modelinstrumentarium gebouwd kan worden.

**Conclusie en discussie**

Het is goed mogelijk om, aanvullend op de berekening van individuele interventies, ook de brede welvaartsbaten van gezondheidsbevordering in kaart te brengen. Het consistent berekenen van de baten van gezondheid zorgt ervoor dat, samen met de budgettaire effecten, een totaalbeeld ontstaat van de kosten en baten van preventie. Dit geeft een completer afwegingskader waarbinnen partijen en regeringen besluiten kunnen nemen over hoeveel gezondheidsbevordering zij willen realiseren.

Wij zijn niet de enigen die het belang van het structureel doorrekenen van de maatschappelijke baten van gezondheid inzien. De door het Ministerie van VWS ingestelde Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie (TWG-KBP, 2024) adviseert de minister om het initiatief te nemen tot het ontwikkelen van een model-instrumentarium door de relevante instellingen zoals het CPB en het RIVM in samenspraak met de universiteiten en UMC's. Dit advies is in een aangenomen motie door de Tweede Kamer verder omarmd. Ook de SER (2023) riep onlangs op om bij de doorrekening van het regeerakkoord en verkiezingsprogramma's de brede maatschappelijk effecten van gezondheid mee te nemen.

Natuurlijk is het gebrek aan inzicht in de maatschappelijke baten van preventie niet de enige reden dat preventiebeleid vaak zo lastig van de grond komt. Toch lijken de nu vaak ongrijpbare baten van preventie een belangrijke drempel voor verdergaand preventiebeleid. Juist daarom is het nodig meer te rekenen aan de maatschappelijke waarde van preventie.

**Literatuur**

Acemoglu, D. en S. Johnson (2007) Disease and development: The effect of life expectancy on economic growth. *Journal of Political Economy*, 115(6), 925–985.

Blaeij, A. de, P. van Gils, A. Suijkerbuijk en A. de Wit (2020) *Het potentieel van preventie*. RIVM Artikel, 13 februari. Te vinden op [www.kosteneffectiviteitvanpreventie.nl](http://www.kosteneffectiviteitvanpreventie.nl).

Bloom, D.E., D. Canning, R. Kotschy et al. (2024) Health and economic growth: Reconciling the micro and macro evidence. *World Development*, 178, 106575.

Erp, F. van, en B. ter Weel (2013) *Gezondheid en kennis over de levensloop: Feiten, cijfers en economische theorie*. CPB Achtergronddocument, 12 maart.

Goryakin, Y., A. Aldea, Y. Guillemette et al. (2019) Impact of obesity policies on health and the economy. In: *The heavy burden of obesity: The economics of prevention*. Parijs: OECD Publishing, hoofdstuk 6.

Heijdra, B.J. en J.O. Mierau (2011) The individual life cycle and economic growth: An essay on demographic macroeconomics. *De Economist*, 159(1), 63–87.

Hoogendoorn, M., M. Galekop en P. van Baal (2023) The lifetime health and economic burden of obesity in five European countries: What is the potential impact of prevention? *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 25(8), 2351–2361.

Land, K. van 't, J. Mierau en B. Wouterse (2022) *Preventie levert veel meer op dan gedacht*. Medisch Contact Nieuwsbericht, 7 juli.

Mierau, J.O. en S.J. Turnovsky (2014) Demography, growth, and inequality. *Economic Theory*, 55(1), 29–68.

MinVWS (2018) *Nationaal Preventieakkoord: Naar een gezonder Nederland*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Publicatie, november. Te vinden op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).

OESO (2020) *OECD's SPHeP models: A tool to inform strategic planning in public health*. OECD Brochure, oktober.

RIVM (2020) *Trendscenario | Leefstijl en gedrag*. RIVM Publicatie. Te vinden op [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl).

RIVM (2023) *Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord: Deelakkoord overgewicht*. RIVM-rapport 2023-0414.

SER (2023) *Gezond opgroeien, wonen en werken. Naar een structurele gezondheidsaanpak en bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen*. SER Advies 23/07.

Weil, D.N. (2007) Accounting for the effect of health on economic growth. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(3), 1265–1306.

Weil, D.N. (2014) Health and economic growth. In: P. Aghion en S.N. Durlauf (red.), *Handbook of Economic Growth*, 2, p. 623–682. Amsterdam: Elsevier.

Wouterse, B. (2020) *Preventie is belangrijk, maar verlaagt zorgkosten nauwelijks*. Blog op [esb.nu](http://esb.nu), 18 augustus.

TWG-KBP (2024) *Preventie op waarde schatten: Advies technische werkgroep kosten en baten van preventie*, december. Te vinden op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).