

# Wegen naar goede gezondheid liggen ook buiten de zorg

De coronapandemie legt een vergrootglas op de verwevenheid tussen de volksgezondheid en de economie. De trends in volksgezondheid in de komende decennia laten zien dat een integrale benadering van gezondheid en economie ook buiten deze crisis nodig is.

## IN HET KORT

- Meer gezondheid betekent meer welvaart, zowel financieel-economisch als vanuit een breed welvaartspectief.
- Gezondheidsdeterminanten buiten de zorg zijn een sleutel tot het verbeteren van de volksgezondheid.
- Naast leefstijl is een inzet op luchtkwaliteit, werkomstandigheden en bestaansonzekerheid het meest kansrijk.

## LUC HAGENAARS

Beleidsmedewerker bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), en promovendus aan het Radboud UMC

## REMCO DE NOOD

Beleidsmedewerker bij VWS

## BRAM WOUTERSE

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

## JOHAN POLDER

Gezondheidseconoom bij het RIVM en bijzonder hoogleraar aan Tilburg University

Mensen hechten veel waarde aan een goede gezondheid. Daarom geven we in Nederland aan zorg inmiddels ruim tachtig miljard euro per jaar uit (Rijksoverheid, 2019). Toch zal de komende decennia het aantal mensen met een chronische ziekte en complexe gezondheidsproblemen verder toenemen. Dat blijkt uit de recent verschenen toekomstverkenning *Verder kijken dan corona* van het RIVM (2020).

Een goede volksgezondheid vereist meer dan alleen een goede gezondheidszorg. Er is veel verbetering mogelijk buiten de zorg, bijvoorbeeld op het gebied van voeding, luchtkwaliteit, geluidsoverlast en verkeersveiligheid (Van Gils et al., 2020). Het gezondheidsbeleid zou zich daarom meer moeten richten op de omstandigheden waarbinnen mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden (WHO, 2019). Vooral een integrale aanpak over de diverse gebieden heen lijkt kansrijk te zijn voor een doeltreffende en doelmatige inzet van middelen binnen en buiten de zorg. Dat blijkt als we de baten en bronnen voor een betere gezondheid in breder perspectief plaatsen.

## De baten van gezondheid

Een goede gezondheid kent financieel-economische baten. Die 'engere' baten zijn soms te vinden in de lagere zorguitgaven, maar vooral ook in productiever en langer werken. Daarnaast heeft gezondheid ook een individuele, intrinsieke en zwaarwegende immateriële waarde.

## Zorgkosten

Een betere gezondheid lijkt op het oog te leiden tot minder zorgkosten maar dat is niet altijd het geval, omdat uitstel van zorg niet altijd afstel is. Bij roken geldt bijvoorbeeld dat preventie leidt tot meer zorgkosten, omdat rokers vaak sterven na een relatief kort ziekbed. Als zij niet meer zouden roken, ontlopen we jaarlijks zo'n 2,4 miljard euro aan direct door roken veroorzaakte zorgkosten, maar daar komen op een later moment andere ziekten voor in de plaats die veelal chronisch zijn en mede daardoor duurder. Veel rokers bereiken bijvoorbeeld niet de leeftijd om dement te worden, terwijl we aan dementiezorg 9,1 miljard euro uitgeven (Polder et al., 2017; RIVM, 2019a).

Andere preventiemaatregelen besparen wel zorgkosten. Aan psychische aandoeningen sterven bijvoorbeeld relatief weinig mensen, maar ze zijn wel lang ziek. Het is om deze reden aannemelijk dat preventie van deze aandoeningen zal resulteren in lagere zorgkosten. Ook valpreventie onder ouderen kan bij landelijke implementatie al na twee jaar tot netto besparingen op de zorgkosten leiden, oplopend tot uiteindelijk 75 miljoen euro per jaar (CPB, 2020). In algemene zin geldt dat de preventie van dodelijke ziekten leidt tot hogere zorguitgaven, terwijl preventie van chronische niet-dodelijke ziekten juist besparingen gedurende de hele levensloop veroorzaakt (Gruenberg, 2005).

## Arbeidsparticipatie en productiviteit

Omvangrijker en belangrijker dan de baten binnen de zorg zijn die erbuiten. Een goede gezondheid op jonge leeftijd hangt samen met betere onderwijsprestaties, en zo weer met een hoger inkomen en een betere gezondheid op latere leeftijd (CPB, 2013). Op middelbare leeftijd zorgt een goede gezondheid voor een grotere kans op werk, minder (ziekte)verzuim en een hogere productiviteit. Onderzoek van de OESO (2019a) schat de kosten van overgewicht door extra zorgvraag en verloren productiviteit op 2,7 procent van het Nederlandse bbp tussen 2020 en 2050.

Ook de invloed van psychische aandoeningen is groot. Zo komt zestig procent van de totale kosten in de ggz voor rekening van mensen met een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering. Mensen met psychische gezondheidsproblemen hebben meer dan twee keer zo veel kans om in te stromen in de bijstand als mensen zonder gezondheidsproblemen, en hun kans om uit te stromen uit de bijstand richting duurzaam werk is bijna twee keer zo klein (SEO, 2019).

Het gezond behalen van de pensioenleeftijd is belangrijk voor de economische groei, want wie langer in goede gezondheid leeft kan langer doorwerken. Een slechte gezondheid blijkt zelfs een belangrijkere reden om eerder te stoppen met werk dan het opgebouwde vermogen (CPB, 2013). Ook hier kan preventie effectief zijn. Zo zou in een rookvrije samenleving de effectieve pensioenleeftijd wel twee jaar hoger kunnen zijn (Polder et al., 2017).

### Immateriële baten

Gezondheid is van grote waarde voor het welzijn van mensen. Hoewel deze waarde moeilijk in geld uit te drukken is, vinden gezondheidseconomische studies dat mensen bereid zijn om gemiddeld minstens 50.000 euro te betalen voor een extra levensjaar in goede gezondheid (Van Gils et al., 2013). Het zijn deze extra levensjaren die de brede welvaartswinst vergroten. Een maatschappelijke kosten-batenanalyse schat de opbrengsten van het elimineren van roken op jaarlijks netto 33 miljard euro aan 'brede welvaart' (Polder et al., 2017), voornamelijk bestaande uit gezondheidswinst die in geld is gewaardeerd maar niet kan worden uitgegeven.

### Veel bronnen van gezondheid

Gezondheid heeft dus veel baten. Maar hoe kunnen we de volksgezondheid verbeteren? Vaak wordt daarbij als eerste gedacht aan de leefstijl en het lichaam. De bronnen, ofwel determinanten, van gezondheid en ziekte zijn echter veel breder. Er zijn twee groepen.

Directe determinanten vormen een biologische risicofactor voor de ontwikkeling van ziekte, zoals fijnstof of de consumptie van tabak. De inhalatie van tabak of fijnstof vergroot het risico om longziekten te krijgen.

Indirecte determinanten vormen geen biologische risicofactor, maar vergroten wel de kans op risicovol gedrag of om in risicovolle situaties terecht te komen. Voorbeelden hiervan zijn armoede of een onzekere woonsituatie, wat een gezonde leefstijl bemoeilijkt en kan resulteren in chronische stress (WRR, 2017).

### Directe determinanten van ziekte en gezondheid

Tabel 1 geeft een overzicht van de determinanten waaraan het RIVM een direct effect op gezondheid kan toeschrijven (RIVM, 2018). Het RIVM categoriseert determinanten in vier hoofdgroepen: gedrag, persoonsgebondenheid, arbeid en milieu. In totaal verklaren deze determinanten 30 tot 35 procent van de ziektelast. De cijfers van de vier categorieën kunnen niet bij elkaar opgeteld worden omdat er sprake kan zijn van overlap tussen de categorieën. Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten of risicofactoren, en wordt uitgedrukt in Disability-Adjusted Life Years (DALYs). De DALY bestaat uit de jaren verloren door vroegtijdige sterfte, en de jaren geleefd met ziekte, gewogen door de ernst hiervan. De impact op ziektelast wordt ingeschat door, bij een eliminatie van een bepaalde determinant, te berekenen met welk deel de jaarlijkse incidentie, prevalentie en sterfte aan ziekten zou afnemen.

De zorguitgaven in tabel 1 betreffen enkel de direct door de determinanten veroorzaakte zorgkosten. Er wordt dus niet gecorrigeerd voor de zorgkosten die, bij elimina-

tie van een determinant, op een later moment ontstaan. Gedrag en persoonsgebonden factoren zijn het meest bekend en hebben ook de grootste invloed op onze gezondheid. Daarnaast zijn milieu- en arbeidsomstandigheden belangrijk. Vooral luchtverontreiniging heeft met 11.000 jaarlijkse doden een grote impact. Hoewel werken met een gezonder leven wordt geassocieerd, kan werk ook ziektes veroorzaken, bijvoorbeeld door blootstelling aan gevaarlijke stoffen of door een gevaarlijke werkomgeving. Een te hoge arbeidsbelasting veroorzaakt niet alleen ongezondheid, maar ook verzuim en arbeidsongeschiktheid.

### Indirecte determinanten van ziekte en gezondheid

Indirecte determinanten beïnvloeden de gezondheid ook. Studies naar veranderingen in de werk- en inkomenssituatie concluderen dat mensen die gaan werken of een inkomensstijging meemaken, in elk geval een verbetering van hun mentale gezondheid ervaren, terwijl het verlies van een baan of inkomen juist leidt tot verslechtering hiervan. Zo is het risico op angststoornissen en depressieve symptomen twee keer zo groot bij mensen die hun baan verliezen vergeleken met mensen die blijven werken. Het verlies van werk leidt ook tot meer alcoholconsumptie en een hoger risico op suïcide.

Onderzoek naar de effecten van hogere uitkeringen laat daarentegen een positief effect zien op de mentale gezondheid. De effecten van werk- en inkomenszekerheid op fysieke gezondheid zijn niet eenduidig (Droomers et al., 2015). Daarnaast laat onderzoek zien dat begeleiding

**Bijdrage van directe determinanten van gezondheid aan ziekte, 2015**

TABEL 1

	Ziektelast	Aantal sterftegevallen	Zorguitgaven in miljoenen euro's
<b>Gedrag</b>	<b>18,5%</b>	<b>35.700</b>	<b>8.600</b>
Roken	9,4%	20.000	2.400
Ongezonde voeding	8,1%	12.900	6.000
Weinig beweging	2,3%	5.800	2.700
Alcoholgebruik	1,5%	1.800	900
<b>Persoonsgebonden/metabool</b>	<b>14,5%</b>	<b>26.300</b>	<b>9.900</b>
Hoge bloeddruk	6,7%	12.600	5.600
Hoge bloedsuikerspiegel	6,6%	10.200	5.800
Overgewicht	3,7%	4.200	1.500
Cholesterol	0,9%	1.100	400
Lage botdichtheid	0,7%	2.900	400
<b>Arbeid</b>	<b>4,6%</b>	<b>4.100</b>	<b>1.600</b>
Stoffen/omgeving	3,0%	4.100	1.100
Psychische belasting	0,9%	0	200
Fysieke belasting	0,7%	0	300
<b>Milieu</b>	<b>4,0%</b>	<b>12.800</b>	<b>1.200</b>
Buitenmilieu	3,5%	11.900	800
Binnenmilieu	0,5%	1.100	400

Bron: RIVM (2018) | ESB

bij het creëren van een stabiele woonsituatie de mentale en fysieke gezondheid van daklozen verbetert (De Vet et al., 2013).

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft becijferd in hoeverre er in Europa sprake is van een samenhang tussen sociaaleconomische factoren en gezondheid (WHO, 2019). Zeven procent van de sociaal-economische verschillen in ervaren gezondheid is gerelateerd aan arbeidsomstandigheden, 19 procent aan sociaal en menselijk kapitaal, 29 procent aan leefomstandigheden, en maar liefst 35 procent aan inkomensonzekerheid en sociale onzekerheid.

Het effect van indirecte determinanten lijkt dus groot, maar valt moeilijker door te rekenen in termen van ziektebelasting, sterfte en zorgkosten. Zaken als woon-, werk- en inkomensonzekerheid hangen namelijk sterk samen met de directe determinanten van gezondheid – waardoor oorzaak en gevolg moeilijk te onderscheiden zijn, en de afzonderlijke impact op ziektebelasting van indirecte determinanten niet goed is uit te drukken. De samenhang van de indirecte determinanten met gezondheid is echter zo sterk, dat hiervoor in het beleid meer aandacht moet zijn.

## Gezondheidswinst vergt integraal beleid

Het beïnvloeden van de directe en indirecte determinanten van gezondheid vereist integraal beleid, dat rekening houdt met de effecten over de beleidsterreinen heen. Het model van Dahlgren-Whitehead (1991; figuur 1) benadrukt de gelaagdheid van het brede gezondheidsbeleid. Effectief beleid grijpt aan op meerdere ‘schillen’ in het model – van inzet op het individu via zorg en leefstijl, leef- en werkomstandigheden, tot inzet op algemene sociaal-economische ontwikkelingen. In het voorbeeld van roken wordt er, in de buitenste schil, ingezet op accijnsverhoging en verandering van sociale normen. In de middelste schil wordt roken op het werk en in de horeca aangepakt, en in de zorg worden er stoppen-met-roken-programma's aangeboden. Individueel gedrag kan bijvoorbeeld worden beïnvloed door informatiecampagnes.

## Realiseren van gezondheidsbaten

Om de financieel-economische baten van een betere gezondheid te kunnen plukken is ook economisch beleid nodig. Een betere gezondheid leidt namelijk niet zomaar tot meer welvaart. Zo kon de mogelijke participatiewinst van langer en gezonder leven alleen verzilverd worden door actief beleid, zoals het verhogen van de pensioenleeftijd. Het belang van economische omstandigheden en beleid blijkt ook uit het geval van arbeidsongeschiktheid, waarbij het vermogen om aan de slag te gaan mede afhankelijk is van de conjunctuur en de arbeidsmarktomstandigheden.

Ook binnen de zorg geldt dat gezondheidsbevordering samen moet gaan met beleid en aandacht voor de financiële prikkels, om de potentiële besparingen in zorgkosten te realiseren. Zo kunnen de door valpreventie vermeden zorgkosten alleen worden verzilverd als het budget voor ziekenhuis- en verpleeghuiszorg evenredig wordt verminderd. Als dit lukt wordt het voor financiers aantrekkelijker om valpreventie te bekostigen, met extra gezondheidswinst tot gevolg.

## Vijf kansen voor integraal beleid

We onderscheiden vijf gebieden met een grote potentie voor integraal beleid. Ten eerste dient de zorg niet onnodig te ‘medicaliseren’, omdat er andere problemen dan medische aan een zorgvraag ten grondslag kunnen liggen. Dat hebben ze in de Verenigde Staten ook begrepen (kader 1). Via een goede samenwerking tussen medische zorgprofessionals en maatschappelijk werkers kan men het beroep op de zorg verminderen. Het programma ‘Welzijn op recept’ is hiervan een goed voorbeeld, waarbij huisartsen patiënten met psychosociale klachten – waarvoor geen medische oorzaak aan te tonen valt – kunnen doorsturen naar welzijnscoaches. Het potentieel hiervan is groot, aangezien twintig procent van de huisartsconsulten over dergelijke klachten gaan (RIVM, 2019b).

Ten tweede kan de werkplek beter worden benut voor leefstijlinterventies, omdat werknemers er op georganiseerde wijze bereikt kunnen worden. Een integrale aanpak met een aanbod van gezond voedsel en bewegen, en met individuele interventies gericht op stressmanagement en leefstijl kan de gezondheid sterk verbeteren. Zeker als er vooral ingezet wordt op bewezen effectieve interventies (ZonMw, 2016).

Ten derde kan werken de psychische gezondheid van mensen bevorderen, terwijl mensen met psychische aan-

## Determinanten van gezondheid

FIGUUR 2



Bron: Dahlgren en Whitehead (1991) | ESB

## Aandacht voor sociale determinanten van gezondheid bespaart zorggeld in de VS

KADER 1

In de Medicaid-zorgsystemen (het zorgsysteem voor armen) van sommige Amerikaanse staten worden zorgverleners ondersteund om *social needs-informed* en *social needs-targeted* zorg te verlenen.

Met *social needs-informed* wordt er bedoeld dat er bij medische zorg rekening wordt gehouden met de sociale context, om zo een zorgtraject efficiënter te laten verlopen. Als een diabetespatiënt met weinig geld bijvoorbeeld dieetadvies krijgt, dan wordt er rekening gehouden met het beperkte budget. En als een patiënt niet beweegt omdat deze in een onveilige omgeving woont, dan geeft men het advies om een rondje om de deur

camera's beveiligde Walmart te lopen.

Met *social needs-targeted* wordt er bedoeld dat de sociale risicofactoren ook vanuit de medische invalshoek worden aangepakt, bijvoorbeeld door mensen te helpen hun weg te vinden bij inkomensondersteuning of rechtsbijstand. Dergelijke ondersteuning kan zelfs worden betaald via de Medicaid-zorggelden, vanuit de gedachte dat dit de zorgkosten verlaagt. Zorgverleners gebruiken er een screening tool voor, gericht op onzekerheden aanzien van woning, voedsel, nutsvoorzieningen, toegang tot transportmiddelen en huiselijk geweld (Alderwick et al., 2019).

doeningen juist vaak niet werken. Re-integratieprogramma's zijn dus belangrijk, maar niet altijd toegespitst op mensen met psychische aandoeningen. Met de methode van 'Individuele Plaatsing en Steun' (IPS) worden mensen met psychische aandoeningen begeleid aan het werk geholpen door samenwerkende ggz-aanbieders, uitkeringsinstanties en werkgevers. Dat dit succesvol is, blijkt uit het feit dat IPS-deelnemers twee keer meer kans hebben om betaald werk te vinden dan vergelijkbare deelnemers aan traditionele re-integratieprogramma's (Metcalfe et al. 2018). IPS gebeurt al lokaal, maar kan landelijk opgeschaald worden. Dat is in de praktijk niet gemakkelijk aangezien actoren moeten samenwerken die niet gewend zijn om samen te werken (Van Weeghel et al., 2020).

Een vierde gebied waarin integraal beleid effectief kan zijn, is schuldbeleid. Binnen de groep van mensen met een vergelijkbare lage sociaal-economische status, blijkt – gecorrigeerd voor inkomen, leeftijd, werk en geslacht – de rookprevalentie bijna 12 procentpunten hoger te zijn bij mensen met schulden. Dit verschil is ruim 21 procentpunten als het gaat om eenzaamheid, en bijna 11 procentpunten waar het gaat om het hebben van angstige of depressieve gevoelens (Rijnsoever et al., 2011). Ook maken mensen met een achterstallige betaling voor de zorgverzekeringspremie meer dan drie keer zoveel kosten in de specialistische ggz, vergeleken met de rest van de bevolking (CBS, 2018).

Vaak is het niet duidelijk of de gezondheidsproblemen hebben geleid tot de schulden of andersom. Interventies gericht op maar één aspect zijn vaak niet effectief: stress om de schulden zit een verbetering van de leefstijl in de weg, en gezondheidsproblemen bemoeilijken de terugkeer naar een normale financiële situatie. Een integrale aanpak is waarschijnlijk effectiever, bijvoorbeeld door schuldhulpverlening te combineren met cognitieve gedragstherapie en leefstijlinterventies. Aangezien in 2015 één à anderhalf miljoen huishoudens risicovolle of problematische schulden hadden (SCP, 2016) en er 215.000 wanbetalers waren in september 2019 (Tweede Kamer, 2019a), is de orde-grootte van schulden niet te onderschatten.

Een vijfde gebied met grote potentie ligt aan de onderkant van de samenleving op het gebied van woonzekerheid en laaggeletterdheid. Woonzekerheid leidt tot hoge maatschappelijke kosten (De Vet et al. 2013) en het aantal daklozen is in tien jaar tijd verdubbeld naar 39.300 in 2018 (CBS, 2019). De geschatte zorgkosten als gevolg van laaggeletterdheid bedragen 257 miljoen euro. Dit komt doordat laaggeletterdheid een gezondere leefstijl bemoeilijkt, maar bijvoorbeeld ook omdat laaggeletterden – letterlijk – de weg naar een zorgverlener niet kunnen vinden (PwC, 2018).

## Stappen naar integraal beleid

Effectief werken aan gezondheid vraagt vanuit de samenleving om een breed perspectief. Integraal beleid over de verschillende beleidsterreinen is daarbij kansrijk, maar vergt wel een lange adem – en vooral moed, vastberadenheid, visie en draagvlak. Dat is niet makkelijk omdat beleidsontwikkeling – om logische redenen – in sectoren en bestuurslagen is opgedeeld, en belangen of tegengestelde opinies de gewenste integraliteit doorkruisen.

Wanneer de maatschappelijke uitkomsten bij de vormgeving van beleid meer als centraal doel worden gesteld is het wel mogelijk om de gewenste integraliteit te bevorderen. Dit is zeker het geval wanneer er vanuit concrete casussen wordt gewerkt, waarbij de impact op gezondheid evident is. Er zijn voor verschillende combinaties van werk, wonen, bestaanszekerheid en zorg voldoende voorbeelden voorhanden. Maar dan moeten die wel worden aangepakt.

## Literatuur

- Alderwick, H., C.M. Hood-Ronick en L.M. Gottlieb (2019) Medicaid investments to address social needs in Oregon and California. *Health Affairs*, 38(5), 774–781.
- CBS (2018) *Zorgkosten en kenmerken van wanbetalers (Zvw)*, 2016. CBS, 14 december.
- CBS (2019) *Aantal daklozen sinds 2009 meer dan verdubbeld*. Nieuwsbericht op [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl), 23 augustus.
- CPB (2013) *Gezondheid loont: tussen keuze en solidariteit*. Den Haag: CPB.
- CPB (2020) *Zorgkeuzes in kaart. Analyse van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg*. Den Haag: CPB, Ministerie van VWS, Ministerie van Financiën.
- Dahlgren, G. en M. Whitehead (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Droomers, M., N. Hoeymans, A. Verweij en K. Stronks (2015) Wat is de potentiële gezondheidswinst van veranderingen in maatschappelijke determinanten van gezondheid? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 93(4), 139–146.
- Gils, P.F. van, C.G. Schoemaker en J.J. Polder (2013) Hoeveel mag een gewonen levensjaar kosten? Onderzoek naar de waardering van de QALY. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A6507. Artikel te vinden op [www.ntvg.nl](http://www.ntvg.nl).
- Gils, P. van, A. Suijkerbuijk, J. Polder en M. van den Berg (2020) Ook buiten preventieakkoord is veel gezondheidswinst te behalen tegen beperkte kosten. ESB, te verschijnen.
- Gruenberg, E.M. (2005) The failures of success. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 779–800.
- Metcalfe, J.D., R.E. Drake en G.R. Bond (2018) Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among People With Severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenic Bulletin*, 44(1), 22–31.
- OESO (2019a) *The Heavy burden of obesity: the economics of prevention*. Parijs: OECD Publishing.
- Polder, J.J., P.F. van Gils, L. Kok et al. (2017) De rekening van roken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161, D833. Artikel te vinden op [www.ntvg.nl](http://www.ntvg.nl).
- PwC (2018) *Maatschappelijke kosten laaggeletterdheid*. Amsterdam: PwC.
- RIVM (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*. RIVM Rapport, 2018-0030.
- RIVM (2019a) *Kosten van ziekten*. RIVM Infographic, te vinden op [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info).
- RIVM (2019b) *(Kosten)effectiviteit van twee interventies: Welzijn op recept en Gecombineerde Leefstijlinterventie bij Kinderen*. RIVM Rapport, 2019-0192.
- RIVM (2020) *Verder kijken dan corona, over de toekomst van onze volksgezondheid*. Te vinden op [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)
- Rijksoverheid (2019) *Miljoenennota 2020*. Kamerstuk 35300, nr. 1.
- Rijnsoever, M.P., E. Tromp, W.E. Waterlander et al. (2011) Verschillen in leefstijl en gezondheid tussen mensen met en zonder schulden. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89(1), 43–50.
- SCP (2016) *Armoede in kaart 2016*. Den Haag: SCP.
- SEO (2019) *Gezondheidsproblemen in WW en bijstand*. SEO-rapport, 2019-19.
- Tweede Kamer (2019a) *Evaluatie van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering*. Kamerbrief, 33077.
- Tweede Kamer (2019b) *Stand van zaken thuiszitters*. Kamerbrief, 1483118.
- Vet, R. de, M.J. van Luitelaar, S.N. Brilleslijper-Kater et al. (2013) Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(10), e13–e26.
- Weeghel, J. van, C. Bergmans, C. Couwenbergh et al. (2020) Individual placement and support in the Netherlands: past, present, and future directions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1), 24–31.
- WHO (2019) *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report* (2019). Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WRR (2017) *Weten is nog geen doen: een realistisch perspectief op redzaamheid*. WRR Rapport, 97.
- ZonMw (2016) *Kennissynthese werk(en) is gezond*. Den Haag: ZonMw.