

Publieke gezondheid vergt publieke voorfinanciering

Ondanks de waarde die maatschappelijk en politiek aan preventie wordt gehecht, blijven investeringen in preventie achter. Hoe komt dit, en wat kan eraan gedaan worden?

IN HET KORT

- Investeringen in preventie blijven achter door versnippering, het *wrong-pocket*-probleem en uitdagingen met bewijsvoering.
- Structurele en collectieve voorfinanciering van preventie door de rijksoverheid kan zorgen voor een gelijk spelveld.
- Om wildgroei en willekeur te voorkomen, vraagt voorfinanciering van preventie om een sterk afwegingskader.

ADRIËNNE ROTTEVEEL

Onderzoeker bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

JOHAN POLDER

Gezondheidseconoom bij het RIVM en bijzonder hoogleraar aan Tilburg University

ARDINE DE WIT

Gezondheidseconoom bij het RIVM en bijzonder hoogleraar aan de Vrije Universiteit Amsterdam

BRAM WOUTERSE

Universitair hoofddocent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

De auteurs van dit artikel waren onderdeel van de Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie

De waarde die door samenleving en politiek aan gezondheid wordt gehecht, is groot. Toch blijven investeringen in preventieve gezondheidsmaatregelen ver achter vergeleken met de curatieve zorg (van der Vliet et al., 2020; Van Gils et al., 2020).

In de besluitvorming over investeringen in gezondheid wordt de gezondheidswinst van de investering, doorgaans gemeten in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (*quality adjusted life years*; QALY's), afgezet tegen een bedrag dat de maatschappij bereid is voor deze gezondheidswinst te betalen. Op basis van onderzoek naar de betalingsbereidheid voor gezondheidswinst, en bestaande richtlijnen en afwegingskaders zou een extra QALY gezondheidswinst ongeveer 50.000 euro mogen kosten (Technische Werkgroep, 2023); het bedrag dat voor investeringen in medicijnen en medische technologie in Nederland vrij algemeen aanvaard wordt (Zwaap et al., 2015).

Van der Vliet et al. (2020) geven echter tal van voorbeelden van kosteneffectieve preventiemaatregelen, die (veel) minder dan 50.000 euro per QALY kosten of tegelijkertijd gezondheidswinst én besparingen opleveren, maar die toch niet geïmplementeerd zijn in Nederland. Het gaat dan bijvoorbeeld om een preventiecampagne voor huidkanker en om screening in combinatie met een korte interventie bij overmatig alcoholgebruik.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft onlangs een groep experts gevraagd om advies uit te brengen over hoe de brede kosten, baten en budgettaire effecten van preventie het beste gewogen en meegenomen kunnen worden in de politieke en bestuurlijke besluitvorming. De kern van dit advies is dat alle investeringen in gezondheid op dezelfde wijze behandeld moeten worden, ongeacht of de gezondheidswinst nu tot stand komt door

een medische behandeling of door preventie, en ongeacht of een investering in gezondheid binnen of buiten de zorg wordt gedaan. Het maakt immers voor de waarde die we maatschappelijk bereid zijn te betalen voor gezondheidswinst niet uit hoe deze gezondheidswinst tot stand komt (Technische Werkgroep, 2023).

Het advies van de Technische Werkgroep wordt breed omarmd, getuige de vele aandacht vanuit politiek, beleid en maatschappelijke organisaties, en het aantal aangenomen Tweede Kamermoties die het kabinet oproepen om de aanbevelingen op te pakken (Tweede Kamer, 2024a; 2024b). Toch lukt het voor preventie nog niet om de maatschappelijke betalingsbereidheid voor gezondheid om te zetten in daadwerkelijke investeringen. In dit artikel gaan we in op drie oorzaken van dit verschil tussen maatschappelijke betalingsbereidheid en daadwerkelijke investeringen in preventie. Ook doen we aanbevelingen hoe de maatschappelijke betalingsbereidheid daadwerkelijk geëffectueerd kan worden zodat er in de toekomst wel geïnvesteerd wordt in kosteneffectieve preventiemaatregelen.

Versnipperde financiering

Een eerste oorzaak van de achterblijvende investeringen is de manier waarop de financiering van preventie is georganiseerd. Deze is versnipperd en verspreid over verschillende financiers. Dit leidt tot verschillen in de feitelijke betalingsbereidheid voor gezondheid, afhankelijk van welke financier verantwoordelijk is voor een investering.

Het basispakket heeft een open-einde-financiering: alle interventies die binnen de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet vallen en die voldoen aan de pakketcriteria effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid, worden vergoed. Er is geen maximumbudget; wat in aanmerking komt, wordt gefinancierd (Zwaap en Kooijman, 2023). Deze vorm van financiering is van toepassing op bijna de hele curatieve zorg, terwijl slechts een zeer klein deel van de preventie gefinancierd wordt uit het basispakket van de zorgverzekering (Van Gils et al., 2020). Alleen sommige vormen van geïndiceerde of zorggerelateerde preventie, zoals de Gecombineerde Leefstijlinterventie, vallen binnen de reikwijdte van het basispakket (Mastenbroek et al., 2023).

Voor landelijke preventiemaatregelen die buiten het basispakket vallen, zoals bevolkingsonderzoek, vaccinatie en fiscale preventiemaatregelen, wordt vaak naar de rijksoverheid gekeken voor de financiering. De overheid heeft echter geen structureel budget beschikbaar voor preventie, zodat er voor elke preventiemaatregel opnieuw budget vrijgespeeld moet worden. Dit lukt lang niet altijd of duurt erg lang. Financiering komt vaak alleen rond als de investering

budgetneutraal is en de preventiemaatregel zichzelf, bijvoorbeeld door besparingen op de zorgkosten, op korte termijn terugverdient. Omdat de maatschappelijke betalingsbereidheid voor gezondheid in dit geval niet is vertaald in een duidelijk mandaat om investeringen in gezondheid te financieren, verschuift het perspectief van kosteneffectiviteit (euro's per QALY) naar budgettaire impact (alleen euro's, liefst een netto-besparing).

Lokale preventiemaatregelen, zoals het inrichten van rookvrije schoolpleinen en sportvelden of ondersteuning door buurtsportcoaches en leefstijlprogramma's voor doelgroepen, moeten door gemeenten worden gefinancierd. Gemeenten krijgen een bijdrage van de rijksoverheid uit het gemeentefonds voor uitgaven aan publieke gezondheid. Deze bijdrage is echter niet geoordeeld; het staat gemeenten grotendeels vrij hoeveel ze in preventie investeren. Hoeveel dit daadwerkelijk is, hangt in de praktijk af van de financiële ruimte, alle andere gemeentelijke aandachtsgebieden en de politieke prioriteiten van het gemeentebestuur.

Hoewel zorgverzekeraars baat lijken te hebben bij het investeren in de gezondheid van hun klantenbestand, past investeren in preventie niet binnen de duidelijke, wettelijke opdracht die zorgverzekeraars hebben. Deze wettelijke opdracht is om voor een zo goed mogelijk prijs-kwaliteitsverhouding zorg uit het basispakket van de zorgverzekering in te kopen. Wel hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om preventie op te nemen in de aanvullende verzekering.

Ten slotte kunnen ook bedrijven een rol hebben bij het financieren van preventie, denk bijvoorbeeld aan het verbeteren van de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers (Van Gils et al., 2020). In dit geval is de financiering afhankelijk van de strategische prioriteiten en de financiële ruimte van bedrijven.

Het *wrong-pocket*-probleem

Een tweede reden waarom de maatschappelijke betalingsbereidheid niet omgezet wordt in daadwerkelijke investeringen in preventie is het *wrong-pocket*-probleem: de baten van preventie komen vaak niet ten goede aan degene die de investeringen doet, wat financiers terughoudender maakt om te investeren in preventie.

Het *wrong-pocket*-probleem is bij preventie sterk aanwezig omdat er vaak een 'wachttijd' is tussen het moment van investeren en het moment waarop de effecten merkbaar zijn. Hierdoor wordt de kans groter dat de baten van preventie bij een andere partij terecht komen dan bij de financier. Dit is bijvoorbeeld het geval als een preventiemaatregel betaald wordt door werkgevers. Dan is het namelijk mogelijk dat tegen de tijd dat de preventiemaatregel effecten laat zien, werknemers inmiddels bij een andere werkgever werken. Voor zorgverzekeraars geldt eenzelfde probleem: zij kunnen nu investeren in de gezondheid van hun verzekerden in de hoop dat dit op langere termijn leidt tot minder zorggebruik, en dus minder zorgkosten, maar als de verzekerden in de tussentijd overstappen naar de concurrent heeft de investerende zorgverzekeraar daar niets aan.

Uitdagingen in het verzamelen van bewijs

Een derde oorzaak voor onvoldoende investeringen in preventie betreft de moeilijkheid om voldoende bewijs voor de

effectiviteit en kosteneffectiviteit van preventiemaatregelen te verzamelen. Allereerst zijn gecontroleerde experimenten vaak niet mogelijk voor landelijke preventiemaatregelen. Dit terwijl in de gezondheidszorg juist vaak sterk uit wordt gegaan van gecontroleerde experimenten voor het vaststellen van bewijs. Ook vallen veel effecten van preventie buiten de looptijd van wetenschappelijk onderzoek omdat de effecten vooral op de lange termijn plaatsvinden (Technische Werkgroep, 2023). Denk bijvoorbeeld aan de invoering van een suikertaks: hoewel de directe effecten op de consumptie van suiker snel te observeren zijn, duurt het jaren voordat de gezondheidseffecten zichtbaar worden.

Hoewel er steeds betere methoden beschikbaar komen om met observationele data en intermediaire uitkomstmaten toch bewijs van hoge kwaliteit te vergaren over de (kosten)effectiviteit van preventiemaatregelen (EUnetHTA, 2015; Mölenberg en Vargas Lopes, 2022), staan veel besluitvormers nog niet open voor deze vormen van bewijs, wat zorgt voor problemen met financiering voor preventieonderzoek.

Daarnaast is ook de financiering van onderzoek een probleem. Het dure en grootschalige onderzoek om de (kosten)effectiviteit van nieuwe medicijnen aan te tonen, wordt veelal gefinancierd door de farmaceutische industrie. Achter de meeste preventiemaatregelen zit echter geen commercieel verdienmodel. Hierdoor ontbreekt een partij die de wil en middelen heeft om te investeren in onderzoek naar preventie. Zonder financiering van onderzoek kan er geen bewijs over (kosten)effectiviteit verzameld worden, terwijl dergelijk bewijs vaak een voorwaarde is voor financiering van de preventiemaatregel..

Naar meer investeringen in preventie

Juist omdat de maatschappelijke baten van preventie zich op verschillende terreinen voordoen en vaak pas op de langere termijn zichtbaar worden, zal een partij die investeringen moeten *voor*financieren. Hiermee bedoelen we dat één partij bereid zal moeten zijn om te investeren in preventiemaatregelen die baten hebben voor de maatschappij, ook als deze baten niet (allemaal) bij die partij terechtkomen en ook als de baten zich alleen op de lange termijn voordoen.

Binnen het basispakket van de zorgverzekering gebeurt dit feitelijk ook. Bij de kosten-batenafwegingen die worden gemaakt om te bepalen of een nieuw medicijn of medische interventie wordt opgenomen in het basispakket, worden in principe alle relevante maatschappelijke kosten en baten meegenomen, onafhankelijk van de 'broekzak' waarin de baten uiteindelijk terechtkomen en onafhankelijk van wanneer die effecten plaatsvinden. Een medicijn met directe medische kosten boven de 50.000 euro per QALY kan bijvoorbeeld worden vergoed als de extra arbeidsproductiviteit die het medicijn oplevert de maatschappelijke kosten onder de 50.000 euro per QALY brengt. Vanuit het basispakket worden de productiviteitsbaten dus als het ware voorgefinancierd, zonder dat hiervoor ooit een directe bijdrage van de ontvangers van die baten, bijvoorbeeld de werkgevers, gevraagd wordt. Het idee is dat die maatschappelijke baten later wel, via de normale inkomenspolitiek van de overheid, op een eerlijke manier worden (her)verdeeld.

Dat voorfinanciering in het basispakket wel gebeurt, maar voor preventieve maatregelen die daarbuiten vallen

niet, heeft te maken met het ontbreken van één financier met een duidelijk mandaat om in gezondheid te investeren.

Hier ligt een taak voor de rijksoverheid, die bij uitstek de middelen en het mandaat heeft om investeringen met een versnipperd maatschappelijk rendement voor te financieren. Dit kan bijvoorbeeld door de oprichting van een preventiefonds: een collectief betaald open-einde-budget met een mandaat om kosteneffectieve preventiemaatregelen te financieren.

Een andere, meer impliciete manier om de rijksoverheid aan te zetten tot het voorfinancieren van preventie is het vastleggen van expliciete gezondheidsdoelen in de lagere wetgeving (Mierau en Toebes, 2021). In de Grondwet is de verplichting opgenomen dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van gezondheid en welzijn. Het idee is dat door deze verplichting uit de Grondwet om te zetten in expliciete gezondheidsdoelstellingen en die op te nemen in lagere wetgeving, een minister van Volksgezondheid door deze wettelijke verplichting ‘vanzelf’ op zoek zal moeten gaan waar binnen de rijksbegroting met schaarse middelen de meeste gezondheidswinst behaald kan worden. Met de juiste randvoorwaarden, zoals een bevoegdheid om over de muren van de verschillende ministeries heen te kunnen investeren, zou dit uiteindelijk moeten leiden tot eenzelfde betalingsbereidheid voor gezondheid, ongeacht waar die investering plaatsvindt.

Het is ook mogelijk om het mandaat (of de verplichting) om in gezondheid te investeren, deels bij andere financiers neer te leggen. Het budget voor preventie in de rijksbijdrage aan het gemeentefonds zou bijvoorbeeld geoormerkt kunnen worden. Daardoor komt er een structureel budget beschikbaar om lokale preventiemaatregelen voor te financieren, dat niet in gedrang komt als de gemeente haar uitgaven aan ander beleid niet rond krijgt. Ook zouden werkgevers verplicht gesteld kunnen worden om een geldbedrag per werknemer in een fonds te storten dat gebruikt wordt voor de financiering van preventie die tot productiviteitswinsten leidt.

Soms is het niet nodig om de maatschappelijke baten voor te financieren, maar kunnen de partijen die investeren in en profiteren van preventie direct bij elkaar worden gebracht. Binnen de zorg wordt bijvoorbeeld geëxperimenteerd met shared-savings-constructies, waarbij huisartsen die voorkómen dat patiënten worden opgenomen in het ziekenhuis, meedelen in de kostenbesparingen die daardoor in het ziekenhuis behaald worden. Binnen de ouderenzorg ligt er een wetsvoorstel om geld uit de Wet langdurige zorg, bedoeld voor verpleeghuiszorg, in te zetten voor preventiemaatregelen die leiden tot minder vraag naar verpleeghuiszorg (Tweede Kamer, 2024c). Dergelijke regelingen zouden ook breder voor preventie ingezet kunnen worden.

Sterk afwegingskader

Collectieve voorfinanciering van preventie vergt wel een sterk afwegingskader en consistente besluitvorming op basis van dit kader. Als er namelijk geen eisen worden gesteld aan preventiemaatregelen voor voorfinanciering, kan er een wildgroei en willekeur ontstaan waarbij ook allerlei niet-waardevolle preventiemaatregelen gefinancierd worden. Dat is niet wenselijk want dat is immers geen goede

inzet van publieke gelden. Daarom zou er, naar voorbeeld van het afwegingskader voor financiering uit het basispakket (Zwaap en Kooijman, 2023), een afwegingskader moeten worden vastgesteld voor de financiering van preventie.

Om op basis van een dergelijk afwegingskader beslissingen te nemen over welke preventiemaatregelen wel en geen voorfinanciering behoeven, is inzicht in de effectiviteit en kosteneffectiviteit van preventiemaatregelen essentieel. Om hier meer inzicht in te krijgen zou de overheid een regeling moeten inrichten voor de financiering van onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van preventie. Ook zou er een beleidsinstrumentarium ontwikkeld moeten worden waarmee de brede kosten en baten van een groot aantal preventiemaatregelen gekwantificeerd en vergeleken kunnen worden (Technische Werkgroep, 2023). Met een dergelijk beleidsinstrumentarium kan financiering worden toebedeeld aan de maatregelen met de beste kosteneffectiviteit, zodat met het beschikbare budget de meeste maatschappelijke (gezondheids)baten gerealiseerd worden.

Conclusie

Om investeringen in preventie écht gelijkwaardig te behandelen ten opzichte van investeringen in medische zorg en ander gezondheidsbeleid, is het nodig om een structurele voorfinanciering van preventie op te zetten. Hier ligt vooral een taak voor de rijksoverheid, in samenwerking met partijen als zorgverzekeraars, gemeenten en werkgevers. Om wildgroei en willekeur te voorkomen, is een sterk afwegingskader, waarin alle relevante maatschappelijke kosten en baten worden meegenomen, nodig om te bepalen welke investeringen in preventie voor voorfinanciering in aanmerking komen. Alleen dan zal het lukken om de maatschappelijke betalingsbereidheid voor preventie ook daadwerkelijk om te zetten in investeringen in preventie.

Literatuur

- EUnetHTA (2015) *Endpoints used in Relative Effectiveness Assessment: Surrogate Endpoints*. EUnetHTA guideline, 7 november.
- Gils, P.F. van, A.W.M. Suijkerbuijk, J.J. Polder et al. (2020) Nederlandse preventie-uitgaven onder de loep. *TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 98, 92–96.
- Mastenbroek, C., F. van der Meer, T. Vreugdenhil en J. Kahlman (2023) *Preventie in de Zvw opnieuw ontleed*. Zorginstituut Nederland, 2023001838.
- Mierau, J.O. en B.C.A. Toebes (2021) Streefwaarden voor de volksgezondheid. *TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 99, 70–74.
- Mölenberg, F.J.M. en F. Vargas Lopes (2022) Natural experiments: A Nobel Prize awarded research design for strengthening causal inference on global health challenges. *Journal of Global Health*, 12, 03005.
- Technische werkgroep (2023) *Preventie op waarde schatten: Advies Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie*, december.
- Tweede Kamer (2024a) *Tweeminutendebat Rapport ‘Preventie op waarde schatten. Advies van de Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie’*, 32793, nr. 744.
- Tweede Kamer (2024b) *Gewijzigde motie van de leden Daniëlle Jansen en Tielen over de inzichten over kosten en baten van verschillende vormen van gezondheidsbevordering tweemaal systematisch bundelen (t.v.v. 32793-763)*, 32793, nr. 772.
- Tweede Kamer (2024c) *Beslisnota bij aanbiedingsbrief nota's bij wetsvoorstel uitbreiding bekostigingsmogelijkheden vanuit Fonds langdurige zorg, 3762138-1045697-WJZ*.
- Vliet, N. van der, A.W.M. Suijkerbuijk, A.T. de Blaey et al. (2020) Ranking preventive interventions from different policy domains: What are the most cost-effective ways to improve public health? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2160.
- Zwaap, J. en H. Kooijman (2023) *Pakketbeheer in de praktijk 4: Pakketbeheer als solide basis voor passende zorg*. Zorginstituut Nederland, 2021043326.
- Zwaap, J., S. Knies, C. van der Meijden et al. (2015) *Kosteneffectiviteit in de praktijk*. Zorginstituut Nederland, 2015076142.