

Position Paper Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Marianne de Visser, Gijsbert Werner en Arthur van Riel

*Rondetafelgesprek over leefstijlpreventie, 21 maart 2022**Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer*

Een brede inzet op preventie – inclusief op leefstijlpreventie – is van groot belang voor de houdbaarheid van onze zorg, en voor onze volksgezondheid. Het is namelijk zowel de meest effectieve als de meest kosteneffectieve manier om in brede lagen van de bevolking gezondheidswinst te boeken.

In ons recente rapport “Kiezen voor Houdbare Zorg” laten wij zien dat de houdbaarheid van onze zorg op drie dimensies onder druk staat. Dat zijn de personele, de financiële en de maatschappelijke dimensies van houdbaarheid – kortweg: de mensen, de middelen en het maatschappelijk draagvlak. De komende decennia blijft de vraag naar zorg namelijk snel stijgen - sneller dan onze economie en onze beroepsbevolking groeien. Dat komt door factoren als de vergrijzing, de snelle ontwikkeling van medische technologie – waardoor er steeds meer kan – en door de toename van het aantal chronische zieken, steeds vaker met meerdere aandoeningen tegelijk. Als we de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid niet verbeteren bestaat het risico dat we in de toekomst steeds minder in staat zijn toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te borgen. In de praktijk zijn vooral kwetsbare groepen – zoals in jeugdzorg, complexe GGZ en delen van de langdurige ouderenzorg – daarvan de dupe.

In ons rapport komen we daarom tot de conclusie dat het in de toekomst nodig zal zijn om scherpe keuzes te maken over onze zorg. Wat vinden we als samenleving belangrijk, maar ook welke zorg willen we collectief financieren? Dit is een oproep aan de politiek, maar ook aan het zorgveld en aan de samenleving in het algemeen. Een belangrijk uitgangspunt bij keuzes in de zorg is kiezen vanuit het potentieel voor gezondheidswinst: waar kunnen we mensen en middelen zo inzetten dat ze zoveel mogelijk de gezondheid en levensverwachting van mensen verbeteren?

Preventie - inclusief leefstijlpreventie - is bij uitstek een manier om dat te doen. Dat komt omdat het genereren van een extra gezond levensjaar via preventie ‘aan de voorkant’ vaak aanzienlijk kosteneffectiever is dan ‘aan de achterkant’ de schade via het leveren van zorg herstellen. Een voorbeeld: het RIVM heeft berekend dat een verbod op tv-reclame voor ongezonde voeding gericht op kinderen per gewonnen kwalitatief levensjaar (QALY) slechts €3 kost – vergeleken met duizenden of soms zelfs tienduizenden euro’s voor veel medische behandelingen.

De WRR stelt dan ook dat er geen taboe mag zijn op het inzetten van wettelijke vormen van (leefstijl)preventie. Denk daarbij aan maatregelen als beperking van het aantal verkooppunten van alcohol, lagere maximumsnelheden in dichtbebouwde gebieden of verplichte zoutreductie in voedsel. Onderzoek laat overtuigend zien dat zulke wettelijke vormen van preventie effectiever én kosteneffectiever zijn – dat wil zeggen meer gezondheidswinst genereren per uitgegeven euro – dan andere vormen. Een historisch voorbeeld is de aanpak van roken via een combinatie van accijnzen en een verbod op roken in horeca en op de werkplaats.

Ook pleit de WRR expliciet voor een inzet op *brede* preventie en leefstijlpreventie. Daarmee bedoelen we dat juist ook vanuit andere beleidsterreinen dan VWS, zoals huisvesting, onderwijs, goed werk en milieubeleid een grote invloed op onze gezondheid te verwachten is. Het is zaak dat ook vanuit die

gebieden de impact van beleid op onze gezondheid en onze leefstijl een *integraal* onderdeel van de afweging wordt, en niet slechts een secundaire overweging. Dat vergt een samenhangende aanpak en verbinding van het medische met het sociale domein.

Daarnaast acht de WRR het van groot belang ook systematisch in te zetten op preventie in de jeugdzorg, de GGZ en de ouderenzorg. Juist in deze sectoren waar de zorgvraag een stijgende lijn vertoont en kwaliteit en toegankelijkheid onder druk staan, kan preventie namelijk helpen om de instroom in de zorg te remmen en daarmee kwaliteit en toegankelijkheid te verbeteren. Dat geldt in het bijzonder voor de instroom van relatief lichte gevallen binnen deze sectoren. Op die manier kan een inzet op preventie mensen, middelen en bestuurlijke aandacht vrijspelen voor de zwaardere patiënten.

De WRR wijst tenslotte op het belang van preventieve maatregelen vroeg in de levensloop, al te beginnen met de preconceptieperiode en doorlopend tot aan het 18^{de} levensjaar. De Raad bepleit daarbij extra aandacht voor mensen met een lage sociaaleconomische status. Er zijn grote verschillen in (gezonde) levensverwachting, waarbij op grond van leefstijlkeuzes deze laatste groep een lagere (gezonde) levensverwachting heeft. Er is daarom juist bij deze groep sprake van een groot potentieel voor gezondheidswinst op basis van (leefstijl)preventie.

Er zijn verschillende redenen waarom een brede inzet op preventie en gezondheidspotentieel nog onvoldoende van de grond komt. Onder meer het probleem dat de baten vaak neerslaan bij een andere partij dan de investerende partij, de lange termijn tot baten optreden, en de statistische, diffuse aard van die baten. Het is daarom bij uitstek een overheidstaak om zulke barrières te slechten en een overkoepelend en langetermijnperspectief in te nemen én af te dwingen. Dat betekent zelf meer middelen voor preventie beschikbaar tellen, veldpartijen stimuleren of verplichten om dat te doen én de al eerder genoemde inzet op wettelijke vormen van preventie. Bedenk daarbij dat preventie een lange adem vraagt: de ingezette programma's moeten langdurig en stabiel gefinancierd én doorlopend gemonitord worden.