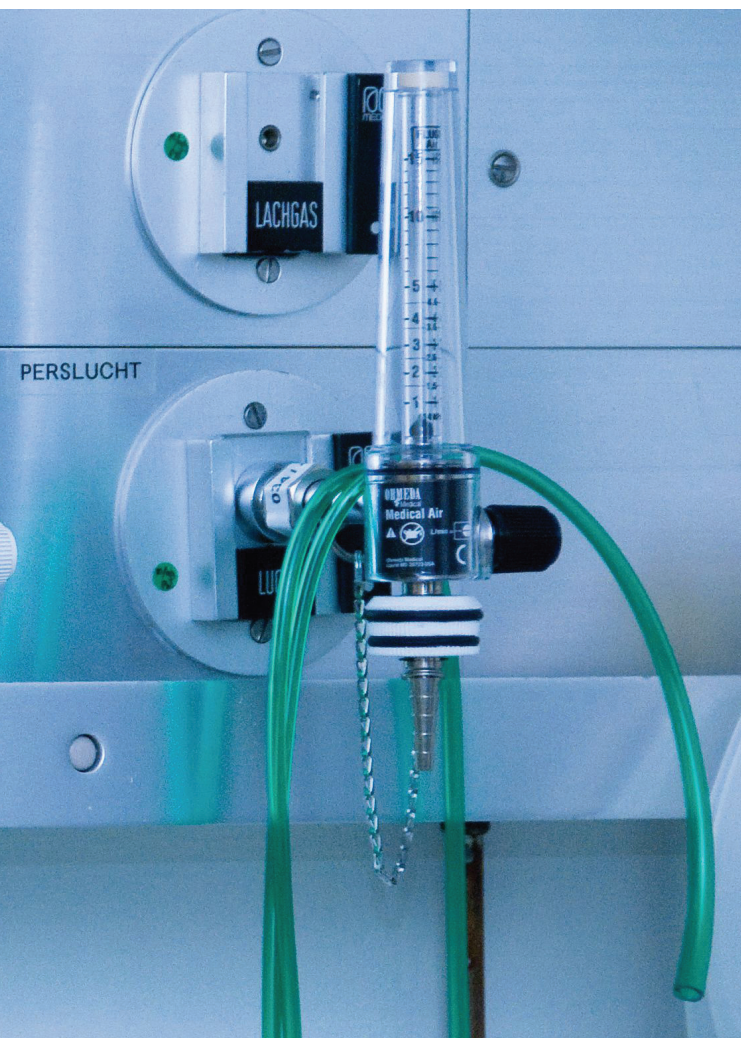




Centraal Planbureau

Gezondheid loont | *Tussen keuze en solidariteit*



Toekomst
voor de zorg

Hoofdstuk 8

Leefstijl en preventie

8 Leefstijl en preventie

Albert van der Horst en Jasper de Jong

Er valt nog veel te winnen als alle Nederlanders gezond zouden leven. De baten van een gezonde leefstijl komen allereerst aan henzelf ten goede: gemiddeld genomen leven gezonde mensen langer en hebben ze een hoger inkomen. De overheid heeft baat bij iemand die gezonder is en langer leeft, leert en werkt. Voor een pensioenfonds is een hogere levensverwachting echter wel nadelig. De overheid of verzekeraars kunnen ervoor kiezen om een gezonde leefstijl te belonen via een korting op de zorgpremie.

8.1 Zomaar twee mensen

Ellen is als gezonde baby geboren in 1965, kreeg van haar ouders genoeg groente en fruit en moest vaak buiten spelen. Als puber heeft ze wel eens een peuk opgestoken, maar ze is daar snel mee gestopt. Ellen heeft haar opleiding afgerond, is gaan werken en blijft bewegen. Ze voelt zich gezond en verdient 40.000 euro per jaar.

Anne is in hetzelfde jaar geboren, ook als gezonde baby, maar kreeg een heel andere opvoeding. Ze at veel patat, kreeg weinig groente en rookte op haar 16e een half pakje sigaretten per dag. Haar opleiding heeft ze met enige vertraging afgerond. Een goede baan bleek moeilijk te vinden, ze verdient nu parttime 10.000 euro. Anne voelt zich redelijk gezond, maar is af en toe kortademig en haar BMI durft ze niet te vertellen.

Zomaar twee mensen van eind 40, met heel verschillende levenspaden. Deze verschillen zijn niet pas op hun 40ste begonnen, maar al veel eerder. In dit voorbeeld hangt een gezonde leefstijl samen met een hoger inkomen, je gezonder voelen, en dan hebben we het nog niet eens gehad over de zorgkosten.

Preventie begint bij een gezonde leefstijl. Bij preventie denken wij al snel aan maatregelen, aan beleid dat genomen kan worden om gezondheid te bevorderen of te beschermen. Zo formuleert het RIVM als doel van preventie "(...) te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen".⁹⁶ En ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ, 2011) richt zich in zijn recente advies over preventie van welvaartsziekten sterk op de organisatie van preventie en op maatregelen die een gezonde leefstijl kunnen bevorderen. In dit hoofdstuk beginnen wij een stap eerder, bij de leefstijl van mensen. Het voorkomen van ziekte en bevorderen van gezondheid beginnen immers bij keuzes die mensen zelf maken.

Preventie begint aan het begin van het leven en zelfs al eerder. Het begint bij de leefstijl van de moeder tijdens de zwangerschap en krijgt een vervolg in het gezondheidsgedrag van kinderen en hun ouders. Preventie gaat door tot aan het einde van het leven, wanneer valpreventie en het voorkomen van ziekteverergering belangrijk zijn. Preventie begint dus bij het gedrag van individuen, bij hun leefstijl gericht op het voorkómen van een aandoening of het beperken van de gevolgen ervan. In tweede instantie kan preventie ook vormgegeven worden door de overheid of andere instellingen, door mensen te stimuleren om hun gezondheid te bevorderen en te beschermen.

Hierover gaat dit hoofdstuk. De winst die te behalen valt door een gezonde leefstijl, is groot. Een gezonde leefstijl is dan ook een voor de hand liggende keuze, maar wordt niet door iedereen gemaakt. Waardoor leven veel mensen toch nog steeds ongezond? En waarom zijn dat gemiddeld vaker mensen met een lagere opleiding en lager inkomen? Welke taak ligt daar voor de overheid, hoe kan zij gezond gedrag stimuleren?

⁹⁶ RIVM, Wat is preventie? Nationaal Kompas Volksgezondheid.

8.2 Preventie loont

Preventie, een investering

Preventie is een investering in gezondheid. Het kenmerk van een investering is dat de kost voor de baat uitgaat. Iemand die in preventie investeert, offert tijd, moeite en geld op. Tijd die aan preventie wordt besteed, in de vorm van een rondje hardlopen bijvoorbeeld, is niet meer beschikbaar voor het kijken naar een leuke film of uit eten gaan. Van geld dat aan gezond, maar duur, eten en drinken wordt uitgegeven, kan geen friet of snoep meer worden gekocht. Soms bespaart preventie wel geld, zoals bij stoppen met roken of met (te veel) drinken, maar zit de opoffering in de moeite die een gezonde leefstijl kost. Het genot van een sigaret of een drankje wordt opgeofferd ten bate van de gezondheidsvoordelen in de toekomst. Ook valpreventie kost soms geld voor de aanschaf van hulpmiddelen, maar kan ook betekenen dat het mooie tapijtje uit de kamer weg moet.

De baat van preventie is gezondheid in de vorm van langer leven of een betere kwaliteit van leven. Deze gezondheid wordt hoog gewaardeerd, zowel de sensatie van een gezond gevoel als de mogelijkheid tot participeren. Kenmerkend voor veel investeringen, en dat geldt zeker voor preventie, is dat de baten vaak minder zichtbaar zijn dan de kosten. Dit heeft een aantal oorzaken. Allereerst liggen de baten in de toekomst, soms in de verre toekomst. Zo is bij ongezond eten, drinken of roken het effect op gezondheid pas na een aantal jaren of soms decennia zichtbaar. De tweede oorzaak van de 'onzichtbaarheid van de baten' is dat deze onzeker zijn, in tegenstelling tot de kosten. Door gezond te eten en te bewegen, verminder je de kans op obesitas en de kans op ziekten zoals een infarct, maar het zijn en blijven kansen. Iedereen kent wel voorbeelden van positieve uitzonderingen, van mensen die ondanks een ongezonde levensstijl toch gezond oud worden.

De baat van een gezonde leefstijl wordt zichtbaar in een breed scala van effecten. De eerste baat is natuurlijk de gezondheid zelf, waarbij mensen zich gezonder voelen en hun levensverwachting toeneemt. De tweede baat is een hogere inzetbaarheid, wat mensen in staat stelt om langer te werken, te zorgen voor hun medemens en zelf voor hun huishouding te zorgen. De derde baat is een samenspel tussen gezondheid en kennis, waar hoofdstuk 5 op ingaat. Een goede gezondheid maakt leren mogelijk (zowel in de studiebanken als 'on the job') en verhoogt tevens het rendement op deze investeringen in kennis. Immers, door de grotere inzetbaarheid kan de opgedane kennis langer worden ingezet. De vierde baat zou kunnen liggen in lagere zorgkosten, maar empirisch onderzoek toont aan dat een gezonde leefstijl niet zozeer tot afstel, maar veel meer tot uitstel van zorgkosten leidt.

Het RIVM heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar de directe baten van preventie en laat zien dat de directe baten voor het individu groot zijn, maar ook onzeker. Neem als voorbeeld roken. Stoppen met roken verlengt de levensduur gemiddeld genomen met 4,1 jaar (zie tabel 8.1). De kwaliteit van leven neemt bovendien toe. Gemeten in voor gezondheid gecorrigeerde levensjaren is de winst van stoppen met roken daarom 4,6 jaren: ruim vier jaar, omdat het leven langer duurt, plus een half jaar, omdat de kwaliteit van leven verbetert. Op vergelijkbare wijze dragen een gezond lichaamsgewicht, matig alcoholgebruik en voldoende beweging bij aan een betere gezondheid. De baten zijn echter ook onzeker. Een gezonde

leefstijl vermindert de kans op hartfalen, maar neemt die kans niet weg. Een ideale leefstijl vermindert de prevalentie bij hartfalen van 1,5% naar 1,1%, maar de belangrijkste risicofactor (leeftijd) blijft bestaan.⁹⁷

Tabel 8.1 Roken en overgewicht hebben zeer nadelige gevolgen voor de levensverwachting

	Verlies aan levensjaren		Verlies aan gezonde levensjaren ^a	
	Gemiddeld	Onzekerheid ^b	Gemiddeld	Onzekerheid ^b
Rokers (incl. ex-rokers)	4,1	(3,7-4,6)	4,6	(4,1-5,4)
Overgewicht	1,2	(1,0-1,5)	2,1	(1,8-2,3)
Ernstig overgewicht	3,0	(2,3-3,6)	5,1	(4,5-5,6)
Overmatig alcoholgebruik	0,6	(0,5-0,7)	0,9	(0,8-1,0)
Te weinig lichaamsbeweging	0,9	(0,8-1,1)	1,2	(1,1-1,4)

^a Uitgedrukt in HALE (Health-Adjusted Life Expectancy): een maat voor het aantal gezonde jaren dat iemand kan verwachten te leven vanaf een bepaalde leeftijd.

^b Cijfers tussen haakjes geven het 95%-betrouwbaarheidsinterval weer.

Bron: RIVM (www.nationaalkompas.nl).

Een goede gezondheid draagt bij aan de inzetbaarheid van mensen, op de arbeidsmarkt en als vrijwilliger. Wij geven hiervan drie voorbeelden. Otten e.a. (2012) hebben het uitgedrag geobserveerd van ruim 4200 oudere werknemers (45 jaar en ouder) over een periode van 10 jaar. Zij stellen vast dat oudere werknemers met een minder goede gezondheid een ruim vijf keer zo grote kans hebben om arbeidsongeschikt te raken dan werknemers met een goede of zeer goede gezondheid. Een ander voorbeeld is de inzetbaarheid van mensen met een chronische ziekte of beperking. Het RIVM laat zien dat zij een lager inkomen hebben, mede doordat ze minder werken. Zij doen minder vrijwilligerswerk en verlenen minder vaak mantelzorg. Het laatste voorbeeld is het ziekteverzuim onder mensen met obesitas, dat groter is dan onder mensen zonder overgewicht. Klink e.a. (2008) laten op basis van Amerikaanse en Engelse studies zien dat de verzuimkosten van obesitas waarschijnlijk net zo hoog zijn als de directe ziektekosten. Voor Nederland maken zij een globale schatting dat de extra verzuimkosten door overgewicht en obesitas (afgerond) 600 miljoen euro bedragen.

Een goede gezondheid draagt tevens bij aan een hogere productiviteit en een hoger loon. In de hoofdstukken 3 en 5 is al naar voren gekomen dat hoger opgeleiden gemiddeld genomen een betere gezondheid hebben. Het is aannemelijk dat de relatie beide kanten opwerkt. Mensen met een hogere opleiding verdienen meer, kunnen zich een gezondere leefstijl veroorloven en leven langer. En omgekeerd, mensen met een betere gezondheid gaan langer naar school, zijn succesvoller op hun werk en verdienen meer. Dit begint al bij de geboorte. Studies voor Noorwegen en Canada laten zien dat er een positief verband is tussen geboortegewicht en een succesvolle afronding van een opleiding. Veel moeilijker is het om de invloed van leefstijl op lonen en productiviteit te bepalen. Het feit dat rokers een lager inkomen hebben, zegt op zich niets over de invloed van roken op inkomen. Dat kan immers ook komen doordat lager opgeleiden vaker roken. Studies die zorgvuldig rekening houden met dit zogeheten selectie-effect, laten zien dat roken, drugsgebruik en overgewicht leiden

⁹⁷ Zie RIVM, 2010 en 2012.

tot lagere lonen.⁹⁸ Roken leidt tot een inkomensdaling met 10 tot 24% en marihuana tot 10% lager loon. Overgewicht leidt tot lagere lonen in het bijzonder voor mensen met een hogere opleiding en voor werknemers voor wie sociale vaardigheden belangrijk zijn.⁹⁹ Opvallend is dat matig alcoholgebruik leidt tot hogere lonen, terwijl zwaar alcoholgebruik niet aantoonbaar tot lagere lonen leidt.

8.3 De overheid profiteert van een gezonde leefstijl

Ondanks de lagere zorguitgaven per persoon per jaar hoeven we geen daling van de *totale* jaarlijkse zorguitgaven te verwachten wanneer iedereen er een gezondere leefstijl op na zou houden. Gezonde mensen leven langer en doen gedurende meer jaren een beroep op de (collectieve) zorgvoorziening. Polder, Wong en Wouterse van het RIVM laten zien dat de twee effecten –lagere uitgaven per persoon per jaar vanwege de betere gezondheid en een langer leven– ongeveer tegen elkaar wegvallen. Hoewel gezonde 65-jarigen gemiddeld zeven jaar langer leven dan hun leeftijdsgenoten met een slechte gezondheid, zijn de totale zorguitgaven gedurende de rest van hun leven even hoog. Voor gezonde mensen komen deze zorgkosten wel later in hun leven. Als hiermee rekening wordt gehouden door te disconteren, dan zijn de zorgkosten van gezonde mensen over hun resterende leven wel 10% lager dan van mensen met een slechte gezondheid op 65-jarige leeftijd.¹⁰⁰

Een andere publicatie van het RIVM wijst er juist op dat radicale eliminatie van ongezonde leefgewoonten kan leiden tot hogere zorgkosten.¹⁰¹ Met het Chronisch Ziekten Model (CZM) is uitgerekend wat de gevolgen voor de zorgkosten zouden zijn als roken en overgewicht uitgebannen zouden worden. Op korte termijn leidt dit tot een daling van de zorgkosten, maar deze daling is echter beperkt vanwege een relatief klein aandeel in de totale zorgkosten. Door het uitbannen van ongezond gedrag neemt de levensverwachting toe en lopen mensen meer kans om op latere leeftijd nog andere ziekten, zoals dementie, te krijgen. Dit zorggebruik als gevolg van extra levensjaren leidt tot extra kosten en deze kosten overtreffen de kortetermijnbesparingen.¹⁰²

Een gezonder en daardoor langer leven leidt niet tot lagere zorgkosten. De gedachte die hieruit kan ontstaan, is dat preventie dus ook niet belangrijk is voor de overheidsfinanciën. Ten onrechte, een gezonde leefstijl heeft belangrijke gevolgen voor zowel de overheidsfinanciën als voor de pensioenfondsen. In deze paragraaf presenteren wij een beeld van de maatschappelijke voor- en nadelen van een gezonde leefstijl. Wij doen dit met een aantal illustratieve berekeningen met behulp van het CPB-model 'Gamma'. In dit model worden cohorten van wieg tot graf gevolgd. Van elk cohort maakt het model een inschatting van de overlevingskansen en de arbeidsmarktparticipatie. Verder wordt berekend wat elk cohort gedurende de levensloop bijdraagt aan de overheidsfinanciën (belastingen en

⁹⁸ Cawley en Ruhm, 2012, paragraaf 4.6.

⁹⁹ Johar en Katayama, 2012.

¹⁰⁰ Eigen berekening op basis van de cijfers van Polder e.a., met discontovoet van 3% en een groeivoet van 1,5%.

¹⁰¹ Polder e.a., 2012.

¹⁰² Ook hierbij geldt dat disconteren belangrijk is, omdat de gezonde leefstijl vooral leidt tot uitstel van zorgkosten.

premies) en van de overheid ontvangt (zorg, uitkeringen et cetera). Ook de premies en uitkeringen van pensioenfondsen worden meegenomen.

Stel nu dat iemand gezonder leeft, waardoor zijn levensverwachting toeneemt van 85 naar 86 jaar.¹⁰³ De totale zorgkosten over de levensloop veranderen niet, maar de jaarlijkse zorgkosten dalen met ongeveer 1%. De zorgpremies zullen voor deze gezondere persoon niet veranderen, zolang zorgverzekeraars hun premies niet kunnen differentiëren naar leefstijl. Een verhoging van de levensverwachting heeft echter belangrijke andere consequenties voor de overheid en de pensioenfondsen.

Tabel 8.2 laat de gevolgen zien voor de overheid, het pensioenfonds en de burger zelf als iemand besluit om gezonder te gaan leven. De tabel toont drie varianten. In de eerste variant leeft iemand langer, maar gaat niet méér werken. Feitelijk betekent het dat deze persoon een jaar langer van zijn pensioen geniet. In de tweede variant leidt gezondheid niet alleen tot een hogere levensverwachting maar ook tot een grotere arbeidsinzet, door afname van het ziekteverzuim en langer doorwerken. Het extra levensjaar wordt ingevuld met een half jaar werken en een half jaar pensioen. In de derde variant versterken gezondheid en scholing elkaar, zoals hoofdstuk 5 laat zien. Het extra levensjaar wordt nu ingevuld met een kwart jaar scholing, een half jaar werk en een kwart jaar pensioen, waarbij het extra onderwijs leidt tot een hoger loon. Deze invulling is gebaseerd op een doorsnee levensloop, waarbij iemand een kwart van zijn leven leert, de helft werkzaam is en een kwart gepensioneerd. In tabel 8.2 wordt voor elke variant zowel het effect per jaar als de opgetelde effecten over de levensloop gepresenteerd.¹⁰⁴

Tabel 8.2 Economische effecten voor iemand die een jaar langer leeft (procentuele verandering)

	Langer leven		Langer leven, meer werken		Langer leven, extra scholing, meer werken	
	Levensloop	Per jaar	Levensloop	Per jaar	Levensloop	Per jaar
Overheidsbestedingen en uitkeringen	0,4	-0,7	0,4	-0,7	0,6	-0,5
zorg	-0,7	-1,9	-0,7	-1,9	-0,7	-1,9
AOW-uitkeringen	4,3	3,2	4,4	3,2	4,4	3,2
Belastingen en premies	0,7	-0,5	1,8	0,7	2,6	1,5
Pensioenuitkeringen	4,0	2,8	6,3	5,1	7,3	6,1
Pensioenpremies	0,3	-0,8	1,9	0,8	2,4	1,3
Arbeidsaanbod (%-punt)	0,1		0,5		0,6	
Netto loon	0,2	-1,0	1,5	0,3	2,3	1,1
Consumptie	0,6	-0,5	1,7	0,5	2,4	1,2

¹⁰³ In Gamma verhogen wij de levensverwachting van 1 cohort. Dit heeft nauwelijks invloed op macroniveau, omdat de levensverwachting van alle andere cohorten niet hoger is. De AOW-leeftijd gaat niet omhoog, want die is gekoppeld aan de gemiddelde levensverwachting (van alle cohorten) en niet aan de levensverwachting van een specifiek cohort. Voor het pensioenfonds betekent het dat 1 cohort een onverwacht hogere uitkering ontvangt, waaraan alle andere cohorten meebetalen.

¹⁰⁴ Technische documentatie van deze berekening is op verzoek beschikbaar.

Als iemand gezond leeft en zijn levensverwachting neemt toe, dan ontvangt hij ongeveer 9.000 euro meer AOW en andere sociale uitkeringen van de overheid en zal zij langer kunnen genieten van zijn aanvullend pensioen (wat een gemiddeld persoon ongeveer 8.000 euro oplevert). Het extra inkomen uit AOW- en pensioenuitkering leidt tot hogere consumptie over de gehele levensloop (0,6% toename), maar is onvoldoende om het consumptiepatroon dat hij had, ook vol te houden gedurende het extra levensjaar (de consumptie per jaar neemt met 0,5% af). Ondanks de aanname dat zorgkosten over de levensloop niet toe- of afnemen, laat tabel 8.2 hier een negatief effect zien. Dat komt doordat in deze tabel alle bedragen, dus ook de zorgkosten, worden verdisconteerd naar het geboortjaar.¹⁰⁵ Voor het pensioenfonds is iemand met een gezonde levensstijl echter een dure klant: hij of zij ontvangt een jaar extra pensioenuitkering, maar de inleg tijdens de werkzame periode is nauwelijks hoger dan van iemand met een kortere levensverwachting.

Als iemand die gezonder leeft ook besluit om langer te leren en meer te werken, zal zijn inkomen stijgen en heeft hij elk jaar meer te besteden. De consumptie neemt toe met ruim 1% op jaarbasis en 2½% in zijn hele leven. De overheid profiteert hiervan mee in de vorm van extra inkomsten uit belastingen en premies. De uitkeringen veranderen niet, omdat wij aannemen dat een volume-effect en een prijseffect elkaar opheffen. De hoogte van een aantal uitkeringen, zoals de WW, stijgen mee met het loon, maar het beroep op uitkeringen (zoals bijstand) neemt af als mensen langer werken en meer verdienen. Het pensioenfonds is nog steeds een grote verliezer: bij een hoger loon nemen weliswaar de premieontvangsten toe, maar de uitkeringen nog sterker.

Tabel 8.3 laat zien in hoeverre de overheid, pensioenfonds en het individu zelf profiteren van een extra levensjaar. In de tabel zijn de effecten vergelijkbaar gemaakt door alles uit te drukken in een percentage van de loonsom van het individu. De overheid profiteert als de netto inkomsten, het verschil tussen extra belastinginkomsten en hogere uitgaven, positief zijn. De netto inkomsten van het pensioenfonds meten het verschil tussen de hogere uitkering die iemand met een hogere levensverwachting krijgt, en de extra premie die hij inlegt. Als deze negatief is moeten de premies van andere mensen omhoog om de extra uitkeringen van een gezonder persoon te financieren. De baten voor het individu worden uitgedrukt als de toename van de consumptie en de waarde van een extra levensjaar.¹⁰⁶ De waarde van een extra levensjaar is met grote onzekerheid omgeven. Net als in hoofdstuk 2 hanteren wij in deze berekening waarden van 20 en 50 duizend euro. Om al deze baten onderling met elkaar te kunnen vergelijken, drukken wij deze uit als percentage van het totale loon dat iemand gedurende zijn leven verdient.

¹⁰⁵ Gemiddeld genomen blijven de zorgkosten constant (bij aanname), maar door disconteren wordt veel gewicht gehecht aan zorgkosten op jongere leeftijd en een laag gewicht aan zorgkosten op hoge leeftijd. De kosten op hoge leeftijd stijgen (in het extra levensjaar), terwijl de zorgkosten op jongere leeftijd dalen.

¹⁰⁶ De extra consumptie en de waarde van een qaly kunnen niet zomaar bij elkaar opgeteld worden. Immers, een extra levensjaar is mede waardevol doordat iemand meer te besteden heeft.

Tabel 8.3 De baten van een jaar langer leven (individueel), voor overheid, pensioenfonds en individu (% loonsom)

	Langer leven	Langer leven en werken	Langer leven, leren en werken
Overheid, netto inkomsten ^a	0,1	1,1	1,4
Pensioenfonds, netto inkomsten	-0,3	-0,3	-0,3
Individu, consumptie	0,4	1,0	1,4
Individu, extra levensjaar (20 dzd per qaly)	0,7	0,7	0,7
Individu, extra levensjaar (50 dzd per qaly)	1,8	1,8	1,8

^a 'Netto inkomsten' meet wat de overheid en pensioenfondsen ontvangen van een individu dat langer leeft, uitgedrukt als percentage van de loonsom (in het basispad) van het individu.

De overheid profiteert vooral als iemand langer leeft, leert en werkt (zie eerste rij in tabel 8.3), maar de netto inkomsten zijn ook al positief als iemand langer leeft zonder meer te leren en te werken. In alle varianten stijgen zowel de uitgaven van de overheid als de inkomsten. De uitgaven stijgen doordat iemand die langer leeft, meer AOW en andere uitkeringen ontvangt. Hier staat tegenover dat de zorgkosten, door discontering, dalen. De inkomsten stijgen, doordat het looninkomen en de consumptie toenemen waarover belasting en premies afgedragen worden. Als mensen langer leren en werken, nemen vooral de inkomsten van de overheid toe, zodat de overheid per saldo profiteert van een gezonder en daardoor langer leven.

Een langer leven is nadelig voor het pensioenfonds, dat een jaar extra moet uitkeren terwijl het nauwelijks extra premies ontvangt (zie tweede rij in tabel 8.3). Met andere woorden, als een kleine groep mensen kiest voor een gezondere leefstijl kan het pensioenfonds niet de premies van die groep verhogen (zij weet immers niet wie gezonder of ongezonder leeft), maar zal wel extra moeten uitkeren. Deze hogere uitkering moet dus worden omgeslagen over alle premiebetalers. Langer leren en meer werken verhogen wel de inkomsten van het pensioenfonds (de premiebetalingen nemen toe), maar ook de pensioenuitkering gaat omhoog, zodat het saldo voor het pensioenfonds negatief blijft.¹⁰⁷

De grote winnaar van een gezondere leefstijl is echter de burger zelf (zie tweede blokje in tabel 8.3). Hij zal meer verdienen, zeker als hij besluit om langer te leren en te werken, en meer uitkering ontvangen, zodat zijn consumptie stijgt. Bovendien is een jaar leven op zichzelf waardevol.

Zelfs als de gezondheidswinst (waarde van de qaly) buiten beschouwing wordt gelaten, is een gezonde leefstijl waardevol. Het besteedbare inkomen neemt toe (met 0,2% bij langer leven tot 2,3% bij langer leven, leren en werken, zie tabel 8.2) en er vindt een kleine besparing plaats op de zorguitgaven. Als het gezondere individu niet besluit om het extra levensjaar ook productief in te zetten (1e variant), dan profiteert het individu wel (+0,4%

¹⁰⁷ Deze analyse gaat uit van een individu of kleine groep mensen die hun leefstijl aanpassen en daardoor langer leven. De gevolgen hiervan kunnen worden afgewenteld op de grote groep mensen die niet langer leeft. Zou echter de levensverwachting van alle mensen toenemen, dan zal het pensioenfonds aanpassingen doen in premies of uitkeringen om het extra uitkeringsjaar te financieren. Dit betekent in termen van tabel 8.3 dat het pensioenfonds het tekort oplost, wat ten koste gaat van consumptie.

van de loonsom), maar levert de collectieve sector in (-0,2% van de loonsom). De baten voor de samenleving zijn positief, zodra een deel van het extra levensjaar besteed wordt aan werk.

De berekening hierboven illustreert de effecten als een persoon (of een kleine groep mensen) gezonder en langer leeft. Stel nu dat de levensverwachting van de hele bevolking met 1 jaar toeneemt door preventieve maatregelen van de overheid. In grote lijnen zien de uitkomsten er nog hetzelfde uit, zeker als mensen hun extra levensjaar productief inzetten. Het grootste verschil met tabellen 8.2 en 8.3 is dat de pensioenleeftijd bij zowel de AOW als bij de aanvullende pensioenen zal stijgen. Het verlies voor het pensioenfonds zal hiermee verdwijnen en de overheid zal een groter overschot laten zien. Door preventieve maatregelen gepaard te laten gaan met verhoging van de pensioenleeftijd zijn de maatschappelijke baten positief, maar de private baten kleiner dan bij een individuele verbetering van de leefstijl.

8.4 De beste keuze

De beste keuze die mensen kunnen maken over hun leefstijl, is gebaseerd op een afweging tussen de baten en de inspanning die daarvoor geleverd moet worden. De kosten van preventie zitten in de opgeofferde tijd, moeite en eventuele uitgaven die gezond gedrag met zich meebrengt. De belangrijkste opbrengst van gezond gedrag is natuurlijk gezondheid in de vorm van zowel een betere kwaliteit van leven als een langer leven. Maar ook in financieel opzicht levert preventie wat op, zoals de vorige paragraaf laat zien. De baten zijn zo groot, in termen van gezondheid en inzetbaarheid, dat een gezonde leefstijl voor veel mensen de beste keuze is. De kosten die hier tegenover staan, nooit beginnen met roken, matig eten en drinken, voldoende bewegen et cetera, zullen veelal niet opwegen tegen de baten.

Dit zal in het bijzonder gelden voor mensen met een hogere opleiding. Een grotere inzetbaarheid in de vorm van meer of langer werken levert hen gemiddeld genomen hogere baten op. Verschil in leefstijl naar opleiding is dus deels het gevolg van een weloverwogen keuze en hoeft daarmee niet per se een ongewenst verschil te zijn.

De meeste mensen zijn zelf het beste in staat om de juiste keuze te maken ten aanzien van hun leefstijl. Zij kunnen zelf de keuze maken over wat zij eten en hoeveel. De rol voor de overheid in het stimuleren van preventie is dan beperkt en zelfs nadelig als overheidsingrijpen de keuzes die mensen zelf maken, verstoort. Toch leven veel mensen ongezond, zoals wij in de volgende paragraaf laten zien. Zijn mensen dan toch niet in staat om de juiste keuze te maken en ligt daar een taak voor de overheid?

8.5 Toch leven we niet allemaal gezond

Tabel 8.4 geeft een impressie van de leefstijl van Nederlanders. Een kwart van de Nederlanders ouder dan twaalf jaar rookt. Ongeveer de helft van de mensen is te zwaar, één op de tien zelfs veel te zwaar, terwijl bijna de helft van de Nederlanders de norm voor gezond bewegen niet haalt. Bijna 10% is een zware drinker (minstens één keer per week zes glazen alcohol of meer), mannen vaker dan vrouwen.

Tabel 8.4 De Nederlander leeft niet volledig voor zijn gezondheid

	%
Rokers	26
Drinkt nooit alcohol	22
Zware drinker	9
Normaal gewicht	56
Ernstig overgewicht	10
Voldoen aan norm gezond bewegen	58

Bron: CBS, Statline; Personen 12 jaar of ouder, 2011.

De gezondheidswinst die nog te boeken valt door een gezondere leefstijl, is aanzienlijk. Volgens Mackenbach (2010) is de helft van alle ziektes potentieel vermijdbaar door primaire preventie. Zo kan een winst van vier tot vijf levensjaren worden geboekt door te stoppen met roken of af te vallen (zie tabel 8.1). Toch roken nog veel mensen en zijn veel personen te zwaar. Hoe komt dat? Heel basaal door twee oorzaken: door gebrek aan kennis en door beperkingen om kennis om te zetten in gezond gedrag.

Kennis

De eerste reden is gebrek aan kennis. Om gezond te kunnen leven, moet in de eerste plaats bekend zijn welk gedrag goed is voor de gezondheid en welk gedrag niet. Dat begint bij de medische wetenschap, die op een aantal punten een duidelijk verband aantoonde tussen leefstijl en gezondheid. Roken verhoogt het risico op allerlei vormen van kanker, klachten aan de luchtwegen en op hart- en vaatziekten. Zo kan de ziekte-incidentie van COPD en longkanker voor meer dan tachtig procent worden toegewezen aan roken. Voldoende fruit en groente eten vermindert kansen op coronaire hartziekten, beroerte en long-, borst- en maagkanker. Ernstig overgewicht leidt tot een grotere kans op diabetes mellitus type 2, hartziekten en een aantal vormen van kanker. Maar op veel andere vormen van voedsel of leefstijl zijn de uitkomsten veel minder eenduidig, waardoor consumenten geconfronteerd worden met wisselende en zelfs tegenstrijdige informatie.¹⁰⁸

Vervolgens is van belang in hoeverre deze wetenschappelijke kennis over gezond gedrag bekend is onder burgers. Gegeven de complexiteit van de relatie tussen voedsel en gezondheid, mag je niet van burgers verwachten dat zij deze kennis ook bezitten. Dat blijkt ook uit onderzoek onder de Nederlandse bevolking. Uit een enquête in opdracht van het Voedingscentrum en de Nederlandse Hartstichting blijkt bijvoorbeeld dat negen op de tien Nederlanders weten dat er verschillende soorten vet zijn. Maar ruim 30% weet niet dat onverzadigd vet het gezondst is.¹⁰⁹ Slechts 61% van de Nederlandse rokers is zich ervan bewust dat meer roken schadelijk is, verreweg het laagste percentage in een vergelijking tussen 19 landen. In de Verenigde Staten ligt dit percentage bijvoorbeeld op 80%, in Ierland op 91% en in Frankrijk zelfs op 96%.¹¹⁰

¹⁰⁸ Van Gelder e.a., 2011; Oomen e.a., 2001; Van Kreijl en Knaap, 2004.

¹⁰⁹ <http://www.nationaalgezondheidsplan.nl/b2b/nieuws/187/nederlander-weet-niets-van-vetten-en-cholesterol.html>.

¹¹⁰ Griffith en O'Connell, 2010 en Willemsen, 2011.

Een derde belemmering is de kennis die je bezit ook om te zetten in daden. Het samenstellen van een gezond menu hangt van zoveel factoren af, dat het bijzonder lastig is om daarin altijd de juiste keuze te maken. Topsporters hebben een heel team om zich heen dat hen helpt bij het samenstellen van het juiste pakket. Gewone burgers kunnen zich deze luxe niet permitteren en vallen daarom terug op vuistregels. Bovendien worden zij in deze keuze beïnvloed door reclame (sponsoring van sportevenementen door fastfoodketens of bierbrouwers), door de inrichting van de schappen in de winkel (snoep bij de uitgang) en vele andere factoren.

Het ontwikkelen en verspreiden van kennis is bij uitstek een activiteit waarvan de baten zich enorm kunnen verspreiden. Een verzekeraar zal niet snel een uitgebreide voorlichtingscampagne organiseren, omdat hij niet kan voorkomen dat de klanten van zijn concurrent ook deze kennis tot zich nemen. Bovendien is het zeer de vraag of een voorlichtingscampagne voor hem baten oplevert in termen van een besparing op de zorgkosten. De overheid kan dus een rol vervullen in het verspreiden van kennis over preventie, over leefstijl en de gevolgen daarvan voor de gezondheid.

Uitstelgedrag

Gezonder leven, daar kan je vandaag mee beginnen, maar je kunt het ook tot morgen uitstellen (zie hoofdstuk 5). Uitstel van dit preventieve gedrag is aantrekkelijk, omdat de kosten aan het begin moeten worden gemaakt, terwijl de baten pas jaren later komen en bovendien onzeker zijn. Mensen zijn niet goed in staat om dan toch te kiezen voor een gezonde leefstijl. Ze zijn economisch bijziend en stellen moeilijke keuzes uit tot morgen. Maar als 'morgen' is aangebroken, wordt de keuze opnieuw uitgesteld, totdat uitstel uiteindelijk leidt tot afstel en mensen ongezonder leven dan zij eigenlijk zouden willen. Achteraf hebben ze spijt dat ze niet eerder hun leefstijl hebben aangepast, hun keuzes zijn tijdsinconsistent.¹¹¹

Mensen die zich bewust zijn van hun tijdsinconsistente voorkeuren kunnen proberen zichzelf te committeren. Odysseus beval zijn mannen bijenwas in hun oren te stoppen en liet zichzelf aan de mast van zijn schip vastbinden om zo de Sirenen en hun mooie gezang veilig te passeren. Op deze wijze konden ze de verleiding weerstaan naar de Sirenen toe te varen. Tegenwoordig binden we onze handen meer in figuurlijke zin. We verkondigen breed te gaan stoppen met roken, om de drempel om toch weer te gaan roken groter te maken. We spreken af met vrienden om te gaan sporten, zodat afzeggen moeilijker wordt. Maar deze mechanismen zijn niet altijd en voor iedereen even krachtig en veel mensen zullen zich daarom ongezonder gedragen dan ze eigenlijk zouden willen.

Uitstelgedrag speelt een belangrijke rol bij verslavingen, zowel in het ontstaan van een verslaving als in de moeite die het kost om met een verslaving te breken. Maar uitstelgedrag is niet de enige mogelijke verklaring: verslaving kan ook een welbewuste keuze zijn. Neem iemand die begint te roken. Hij weet dat dit gedrag twee consequenties heeft. Allereerst wordt roken steeds lekkerder (natuurlijk binnen grenzen) en neemt het nut van roken

¹¹¹ DellaVigna, 2009.

geleidelijk toe. Iets vergelijkbaars geldt voor muziek, waarbij je gewend kunt raken aan een bepaalde muziekstijl en daar steeds meer van wil horen. De tweede consequentie van roken (en dat geldt ook voor harde muziek) is dat de gezondheid op lange termijn hierdoor kan afnemen. Roken kan dus een welbewuste keuze zijn, waarbij de toenemende baten en de langetermijnkosten tegen elkaar worden afgewogen.¹¹²

Mensen worden gelukkiger, zeker achteraf, als zij zich kunnen committeren aan hun keuzes en zich daarvan niet laten afleiden door impulsief, kortzichtig gedrag. Net zoals Odysseus zich liet vastbinden aan de mast, kunnen mensen zich proberen te binden aan hun afspraken. Dit kan op een aantal manieren, te beginnen door in je eigen omgeving afspraken te maken met familieleden of kennissen. Een economische oplossing is om afspraken te maken waarbij ongewenst kortzichtig gedrag gestraft en gewenst gedrag beloond wordt. Deze afspraken kan je maken met elkaar, bijvoorbeeld ouders die hun kinderen belonen als ze niet gaan roken. Ook de overheid kan hierin een rol spelen, bijvoorbeeld door via regulering ongezond gedrag te bemoeilijken of door de kosten van ongezond gedrag te verhogen door het heffen van een accijns. Empirisch onderzoek toont aan dat het subsidiëren van gezond gedrag, of het belasten van ongezond gedrag kan helpen om economische kortzichtigheid te overwinnen.¹¹³

Ouders en kinderen

De omgeving speelt een grote rol in keuzes over gezond gedrag. Dat begint al op jonge leeftijd in het gezin waarin een kind opgroeit. Onderzoek heeft aangetoond dat de energienname en vetconsumptie van kinderen en jongeren samenhangen met die van hun ouders. En de kans dat iemand met roken begint te experimenteren, wordt sterk bepaald door de mate waarin roken een sociaal geaccepteerd gedrag is binnen het eigen sociale netwerk, met een sterke invloed van ouders in de vroege adolescentie.¹¹⁴

Volwassenen maken hun eigen keuzes in het leven en kunnen daar zelf verantwoordelijk voor worden gehouden. Bij kinderen ligt dat anders. Niet alleen ontbeert hen vaak de kennis en het goede beoordelingsvermogen dat nodig is voor het maken van de juiste beslissing, veel keuzes worden voor hen gemaakt. Vaak zijn dat goede keuzes door ouders die het beste met hun kinderen voor hebben. Maar niet alle kinderen hebben het geluk dat hun ouders de juiste keuzes voor hen maken. Soms hebben ouders onvoldoende middelen (tijd, geld en kennis) om goed voor hun kinderen te zorgen. Soms verwaarlozen ouders hun kinderen omdat ze weinig om hun kinderen geven. Bovendien komt ook hun gedrag mede voort uit keuzes die anderen (hun ouders) in het verleden voor hen hebben gemaakt.

Jonge kinderen kunnen de keuze voor hun leefstijl niet zelf maken. Zij zijn afhankelijk van hun ouders, die goede of minder goede keuzes voor hen kunnen maken. Om deze reden ligt het voor de hand dat de overheid een vinger aan de pols houdt en voorkomt dat kinderen worden verwaarloosd. Bijvoorbeeld door het consultatiebureau jonge ouders te laten begeleiden, of door de schoolarts periodiek de gezondheid van een kind te laten beoordelen.

¹¹² Becker en Murphey, 1988; Grüber en Köszegi, 2001.

¹¹³ Grüber en Köszegi, 2001.

¹¹⁴ Zie hoofdstuk 5 en RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Roken, 12 juli 2011.

8.6 Preventie, een taak voor de overheid?

De eerste die profiteert van een goede gezondheid, is de burger zelf, maar toch blijven sommigen roken, te weinig bewegen en te veel en te vet eten. Mogelijk doet die burger minder aan preventie dan goed voor zichzelf of voor de maatschappij is. Ligt hier een taak voor de overheid? De vorige paragraaf laat al zien dat de overheid een rol kan spelen bij het verspreiden van informatie, of bijsturen als mensen andere keuzes maken dan ze eigenlijk zelf zouden willen. Andere belangrijke redenen voor overheidsingrijpen zijn externe effecten en maatschappelijk ongewenste uitkomsten. Deze argumenten zijn vooral van toepassing op ziektepreventie (maatregelen gericht op het voorkomen van specifieke ziekten) en gezondheidsbevordering (gericht op het bevorderen en in stand houden van een gezonde leefstijl).¹¹⁵

Externe effecten

Wanneer door een actie van één partij of door een transactie tussen twee (of meer) partijen een andere partij die niet bij de besluitvorming over de (trans)actie betrokken is, daarvan gevolgen ondervindt, dan is sprake van een extern effect. Dit speelt duidelijk bij intenten tegen besmettelijke ziektes, waarvan niet alleen de persoon zelf, maar ook zijn omgeving profiteert. Een ander voorbeeld is meerroken, als de roker geen rekening houdt met de schadelijke gevolgen voor zijn omgeving. Een derde voorbeeld is de fiscale externaliteit van ongezond gedrag, waarbij ongezond gedrag tot hogere collectieve uitgaven leidt. Paragraaf 8.3 laat zien dat een ongezonde leefstijl per saldo negatief uitpakt voor de overheid, zeker als gezondheid de arbeidsparticipatie beïnvloedt. Vooral bij externe effecten waarbij veel partijen betrokken zijn, komen eenvoudige oplossingen vaak niet in de markt of door vrijwillige samenwerking tussen mensen tot stand. Overheidsingrijpen kan dan een oplossing bieden en de maatschappelijke welvaart verhogen.¹¹⁶

Het meest geëigende instrument om externe effecten aan te pakken, is het heffen van een belasting of accijns. De maatschappelijke kosten worden zo zichtbaar gemaakt voor de 'vervuiler', voor de persoon van wie het gedrag negatieve consequenties heeft voor een ander. Sybren Cnossen laat zien dat de accijns op alcohol lager is dan de maatschappelijke kosten: de gemiddelde accijns is 7 euro per liter, de maatschappelijke kosten in de vorm van ziektekosten, gevolgen van geweld en mishandeling en verkeersongevallen zijn meer dan het dubbele hiervan. Voor tabak is minder duidelijk hoe groot de externe effecten zijn waarvoor een tabaksaccijns compensatie kan bieden.

Een alternatieve aanpak om negatieve externe effecten te bestrijden is door middel van regulering, zoals het verbieden van alcoholverkoop aan jongeren en het rijden onder invloed. Het voordeel van regulering is dat het gericht kan worden ingezet dan een prijsmaatregel, zoals accijnzen. Het nadeel van regulering, zeker als het voor de hele bevolking wordt toegepast, is dat het de keuzevrijheid van mensen sterk inperkt.

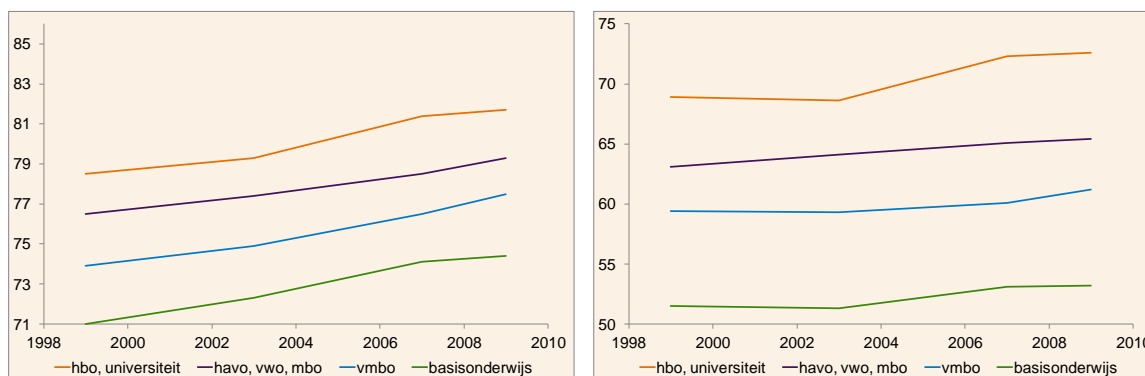
¹¹⁵ RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Preventie, 22 september 2011.

¹¹⁶ Teulings e.a. (2005).

Gezondheidsverschillen

De overheid kan ook bijsturen als vrijwillige keuzes tot een maatschappelijk ongewenste uitkomst leiden. Gezondheidsverschillen bestaan al vanaf de geboorte, maar kunnen ook ontstaan door verschil in leefstijl (zie hoofdstuk 5). Figuur 8.1 illustreert het verschil in gezondheid aan de hand van de levensverwachting bij geboorte en in als goed ervaren gezondheid. Gedrag speelt een belangrijke rol in deze verschillen. Zo roken laagopgeleiden bijna twee keer zoveel als hoogopgeleiden. Ernstig overgewicht is de afgelopen jaren toegenomen onder laagopgeleiden, maar afgenomen onder hoogopgeleiden.¹¹⁷

Figuur 8.1 Levensverwachting; bij geboorte (links) en in als goed ervaren gezondheid (rechts), mannen



Moet de overheid deze verschillen corrigeren en daarmee tegen de keuzes van mensen ingaan? Twee visies staan hierbij tegenover elkaar (zie hoofdstuk 6). In de ene visie zijn roken en overmatig eten geen eigen keuze, maar een verslaving of moeilijk af te leren gewoonte. De ongelijkheid die daarmee gepaard gaat, is niet het gevolg van eigen vrije keuze, maar veel meer van omstandigheden waar een individu geen of weinig invloed op kan uitoefenen. De gezondheidsverschillen die hierdoor ontstaan, zijn daarmee een vorm van ongewenste ongelijkheid, waarbij het de taak van de overheid is om dat zoveel mogelijk te corrigeren en anders wel te compenseren.

In de andere visie zijn gezond en ongezond gedrag bewuste keuzes. De consequentie van deze keuzes moeten zoveel mogelijk voor rekening van de burger zelf komen: gezond gedrag mag lonen, de consequenties van ongezond gedrag moeten zelf worden gedragen. Belonen gebeurt grotendeels al vanzelf: mensen genieten van hun gezondheid. In aanvulling daarop kan gezond gedrag ook beloond worden in de vorm van een lagere zorgverzekeringspremie, waarmee ook het probleem van kortzichtig gedrag getackeld wordt. Het omgekeerde geldt voor een ongezonde leefstijl. Mensen ondervinden daarvan zelf hinder, maar daarnaast kunnen zij ook voor de hogere maatschappelijke kosten worden aangeslagen. Een praktisch bezwaar is echter dat het voor de overheid of verzekeraar lastig te bepalen is of iemand gezond of ongezond leeft.

¹¹⁷ Cijfers gelden voor de periode 2005-2008. Zie RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Socio-economische gezondheidsverschillen, 27 september 2012.

Is de overheid wel in staat de juiste keuzes te maken?

Helaas heeft ook de overheid niet alle informatie tot haar beschikking die nodig is om juiste keuzes te maken. Ook de overheid heeft last van kortzichtig gedrag, als kortetermijnkiezersgunst het wint van langetermijnbeslissingen. Bovendien heeft overheidsingrijpen naast een gewenst effect ook nadelige gevolgen, zoals het inperken van keuzevrijheid (soms gewenst, maar zeker niet altijd) en ongewenste inmenging in de persoonlijke leefsfeer. Vertaald in economische termen betekent dit dat de beslissing van de overheid om in te grijpen in de leefstijl van mensen, altijd een afweging moet zijn van kosten en baten. Voorkomen moet immers worden dat voor interventie in leefstijl gaat gelden dat *government is not the solution to our problem; government is the problem*.

8.7 Beleid

Gezondheidszorg begint bij een gezonde leefstijl. De meeste keuzes hierover worden terecht gemaakt door mensen zelf. Terecht, want zij zijn ook degenen die het meest van een goede gezondheid profiteren. Toch zijn er goede redenen voor de overheid om in te grijpen en een gezonde leefstijl te bevorderen. Als afronding van dit hoofdstuk komen wij met vier speerpunten voor preventiebeleid.

Vroeg beginnen

Met een gezonde leefstijl kan je niet vroeg genoeg beginnen. Empirisch onderzoek laat zien dat kinderen die op jonge leeftijd een goede fysieke gesteldheid hebben en bovendien geleerd hebben zich te beheersen, op latere leeftijd gezonder zijn en een kleinere kans hebben om te gaan roken. Ook de prevalentie van obesitas vertoont een sterk verband met de fysieke gezondheid op jonge leeftijd. Zo hebben kinderen met (ernstig) overgewicht meer kans op gezondheidsproblemen, zowel op jonge als op latere leeftijd. Zij lopen op latere leeftijd meer risico op hart- en vaatziekten en op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2.¹¹⁸

Vroeg beginnen, dat geldt niet alleen voor gezondheid, maar zeker ook voor kennis en andere vaardigheden. Bovendien hangen deze twee met elkaar samen (zie hoofdstuk 5). Voor iemand met een goede gezondheid is het volgen van een goede opleiding rendabeler dan voor iemand met een slechtere gezondheid. En andersom, voor ongemotiveerde kinderen met een laag IQ zijn investeringen in een goede gezondheid minder rendabel. Een goede gezondheid en een hoge opleiding versterken elkaar. Efficiency komt hier echter in conflict met solidariteit (equity). Vanuit equity-oogpunt wil de samenleving compenseren door extra te investeren in iemand met een lage opleiding of een matige gezondheid. Ook voor kinderen met een slechtere uitgangspositie geldt dat vroeg beginnen met een gezonde leefstijl loont. Kinderen die vroeg meekrijgen dat zij zich moeten beheersen en die op jonge leeftijd gewend raken aan gezond voedsel en voldoende bewegen, zullen gemiddeld genomen ook op latere leeftijd gezonder zijn. Het kan zelfs zo zijn dat preventie juist meer effect heeft op kinderen die met een achterstand geboren worden, dan op gezondere kinderen, zodat efficiency en equity hier wel gelijk opgaan. De consequentie hiervan is dat beleid minder gericht moet zijn op herverdelen (dus het corrigeren van verschillen op latere

¹¹⁸ RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Lichaamsgewicht, 25 september 2012.

leeftijd), maar veeleer op het gelijktrekken van de startsituatie van jonge kinderen. Ook in termen van herverdeling loont het dus om vroeg met preventie te beginnen.

Welk beleid kan de overheid inzetten om een gezonde leefstijl op jonge leeftijd te bevorderen? Het is duidelijk dat de eerste verantwoordelijkheid bij de ouders ligt. De overheid kan hen op een aantal manieren ondersteunen door middel van goede voorlichting, zoals via consultatiebureaus. Via subsidies kan de overheid ervoor zorgen dat gezond voedsel en het beoefenen van een sport voor iedereen bereikbaar zijn en via een accijns op bijvoorbeeld frisdrank kan het gebruik van ongezond voedsel worden ontmoedigd. Een derde instrument is regulering, bijvoorbeeld ten aanzien van reclame in en rondom kinderprogramma's.

De overheid kan nog een stap verder gaan en een deel van de verantwoordelijkheid van de opvoeding van kinderen op zich nemen. Een mogelijkheid hiervoor is het onderwijs, waar de balans nu sterk ligt in het aanleren van cognitieve vaardigheden, maar waarbij de overheid ook kan kiezen om de fysieke gezondheid van kinderen meer aandacht te geven. Dus niet alleen een leerplicht op jonge leeftijd, maar ook een 'beweegplicht'. Mogelijk kan dit helpen om het overgewicht bij kinderen, in 2010 is 14% van onze jeugd te zwaar en kampt 2% van de kinderen met obesitas, terug te dringen. Een tweede instrument dat de overheid kan hanteren is wetgeving, in de vorm van het verbieden van ongezonde consumptieartikelen. Het lastige hierbij is dat een verbod gericht op een specifieke leeftijdsgroep niet effectief is (een ouder persoon kan nog steeds het drankje of de sigaret aan een kind geven), terwijl een verbod voor de gehele samenleving ook groepen ten onrechte treft (zoals de persoon die eens per week van een wijntje geniet).

Alcohol

Alcohol op jonge leeftijd is niet goed voor de grijze cellen. Overmatig alcohol leidt tot agressief gedrag en is vaak oorzaak van verkeersongelukken. Op basis van de negatieve gevolgen van alcohol concludeert Cnossen (2006) dat in de meeste lidstaten van de Europese Unie drinkers niet blijken op te draaien voor de door hen veroorzaakte kosten. Voor Nederland laat hij zien dat de maatschappelijke kosten van alcohol ruim een half procent van het nationaal inkomen zijn. Dit komt overeen met ongeveer 20 euro per liter zuivere alcohol, veel hoger dan de opbrengst van de alcoholaccijnzen van ongeveer 7 euro per liter.

Een verhoging van de accijns op alcohol ligt dus voor de hand om mensen voldoende rekening te laten houden met de externe effecten van alcoholgebruik. Deze accijns heeft twee wenselijke effecten. Allereerst kunnen met de opbrengst van de accijns de maatschappelijke kosten van drinken worden opgevangen, bijvoorbeeld in de vorm van compensatie van niet-dodelijke verkeersslachtoffers. Als tweede neemt de alcoholconsumptie af door de verhoging van de prijs.¹¹⁹ Een verhoging van de prijs met 10% leidt tot een afname van de vraag naar alcoholische dranken met 5 tot 15%. Deze afname is groter bij jonge mensen dan bij ouderen. De verhoging van de prijs leidt ertoe dat een drinker met de aanschaf van zijn biertje, wijn of sterke drank rekening houdt met de maatschappelijke kosten van drinken. Hij maakt nu een

¹¹⁹ Cnossen e.a., 2009; RIVM, 2010.

afweging tussen het genot van een drankje en de maatschappelijke kosten. Ook iemand met kortzichtig gedrag wordt met een verhoging van de prijs gedwongen om een betere keuze te maken. Tegenover het kortetermijngenot, waarvan hij het belang overschat, staat nu een hogere prijs.

Een nadeel van een generieke alcoholaccijns is dat deze inbreuk maakt op de welvaart van gematigde drinkers. Het is een maatregel die alle consumenten van alcohol treft en niet alleen de risicogroepen. Bovendien is het de vraag in hoeverre de risicogroepen, met name jongeren en verslaafde alcoholisten, nog wel kunnen reageren op een verhoging van de alcoholprijs. Een accijnsverhoging moet daarom worden aangevuld met regelgeving gericht op het terugdringen van misbruik door specifieke probleemgroepen.

Overgewicht

In 1981 had een op de drie volwassen Nederlanders overgewicht, in 2011 is dat gestegen tot bijna de helft. In deze periode verdubbelde het percentage mensen met ernstig overgewicht (obesitas) van 5 tot 11%. Een hoog inkomen en lage prijzen hebben beperkingen op voedselconsumptie weggenomen, zodat het voorkomen van overgewicht nu sterker aankomt op eigen kennis en wilskracht. Overgewicht lijkt niet te leiden tot hogere zorgkosten (gemeten over de levensloop), maar obesitas leidt wel tot verslechtering van de fysieke en psychische gezondheid en daarmee tot een grotere kans op arbeidsongeschiktheid.¹²⁰

Een van de mogelijkheden die de overheid heeft om overgewicht tegen te gaan, is via prijzen, dus via belastingen, accijnzen of subsidies. Dit kan door ongezond gedrag duurder te maken, of gezond gedrag te subsidiëren. Een alternatief is om overgewicht zelf te beprijzen, bijvoorbeeld door een hogere premie te vragen van mensen met een hoge BMI.

Het verhogen van de prijs van ongezond voedsel leidt tot afname van de consumptie van suikers en vetten. In hun overzicht van de empirische literatuur laten Griffith en O'Connell (2010) zien dat een verhoging van de prijs van alle voedsel met 10% leidt tot een afname van de consumptie met ongeveer 5%. Het is waarschijnlijk dat voor bijvoorbeeld het beprijzen van vet in boter en margarines de reactie nog groter is, omdat mensen kunnen kiezen voor een vetarm product. Een vetbelasting kan mensen dus helpen om een gezondere keuze te maken. Het belangrijkste nadeel van een vetbelasting, of andere vormen van beprijzen van ongezond voedsel, is te bepalen welk voedsel gezond is en welk niet. Bovendien kan dit van persoon tot persoon verschillen. Er is dus uitruil tussen de stijging in maatschappelijke welvaart doordat sommige mensen aangemoedigd worden om minder te consumeren, en het welvaartsverlies doordat anderen geconfronteerd worden met hogere prijzen. Deze uitruil geldt ook voor een verhoging van het btw-tarief op alle voedsel. Maar gegeven het feit dat overgewicht een veel groter maatschappelijk probleem is dan ondergewicht, valt het afschaffen van een verlaagd btw-tarief voor voedsel serieus te overwegen.

¹²⁰ Zie Griffith en O'Connell, 2010; RIVM, 2010.

Een tweede mogelijkheid is om overgewicht (een hoge BMI) zelf duurder te maken. Dat gebeurt al bij overlijdensrisicoverzekeringen en kan ook worden ingevoerd bij zorgverzekeringen door mensen met een hoge BMI een hogere premie te laten betalen. Het voordeel van deze maatregel is dat alleen mensen met een hoge BMI hierdoor geraakt worden, mensen zonder overgewicht blijven buiten schot. Een BMI-premie heeft echter twee nadelen. Het eerste nadeel is dat ook mensen die buiten hun schuld om, door erfelijke factoren, geconfronteerd worden met een hogere premie. De tweede is dat de BMI-premie kortzichtige mensen minder helpt dan het belasten van suiker of vet. Immers, de extra kosten die aan overgewicht worden toegerekend, liggen in de toekomst, dus voorbij de horizon van de kortzichtige burger.

Premiereductie

De jaarlijkse zorgkosten zijn gemiddeld lager van mensen met een gezonde leefstijl. Voor de zorgverzekeraar zijn mensen met een gezonde leefstijl dus goedkoper. In principe zouden zij hen dus een lagere premie kunnen aanbieden, net zoals verzekeraars doen bij een lijfrentepolis.

In het huidige stelsel profiteren burgers met een gezonde leefstijl niet van deze besparing op zorgkosten. Omdat zij gemiddeld ouder worden, betalen zij in hun hele leven juist meer premie dan iemand met een ongezonde leefstijl, terwijl hun zorgkosten niet hoger zijn. Hun gezonde leefstijl wordt dus niet beloond. Anders gezegd, mensen worden onvoldoende geprikkeld om gezond te leven, omdat zij de positieve effecten van een gezonde leefstijl niet terugzien in hun zorgpremie.

Volgens dezelfde logica kan de overheid ook een belastingkorting bieden aan mensen met een gezonde leefstijl, mits hun gezonde leefstijl zich vertaalt in meer of langer werken (zie tabel 8.3). Pensioenfondsen zullen echter het omgekeerde beleid moeten voeren en hogere premies vragen aan mensen met een gezonde leefstijl. Immers, voor pensioenfondsen zijn gezonde mensen duurere klanten. Per saldo zijn de maatschappelijke baten positief, mits een gezonde leefstijl niet alleen leidt tot een hogere levensverwachting, maar gepaard gaat met langer leren en meer werken.

8.8 Conclusie

Preventie is een belangrijk dossier voor de toekomst. Een gezond leven begint immers al vroeg en levert zowel mensen zelf als de samenleving veel op.

In een wereld waarin individuen steeds meer verantwoordelijkheid nemen en eigen keuzes steeds belangrijker worden, ligt het voor de hand om hen ook zoveel mogelijk verantwoordelijk te laten zijn voor hun eigen leefstijl. Overheidsingrijpen blijft dan beperkt tot keuzes die schadelijk zijn voor anderen, zoals roken dat leidt tot meer roken, inentingen ter voorkoming van besmettelijke ziekten en het beperken van agressief gedrag en verkeersongelukken door alcohol.

In een wereld waarin zorgsolidariteit hoog in het vaandel staat, heeft de overheid meer redenen om in te grijpen. Gezondheidsverschillen worden zoveel mogelijk beperkt, niet alleen in de gezondheidszorg (zie hoofdstuk 9) maar ook via preventieve maatregelen die bedoeld zijn om ziekte te voorkomen. Gezond gedrag wordt zoveel mogelijk ondersteund, onder andere door collectieve programma's ter bestrijding van obesitas, roken en overmatig drugs- en drankgebruik.

Literatuur

Becker, G.S. en K.M. Murphy, 1988, A theory of rational addiction, *Journal of Political Economy*, vol.96, nr. 4, pag. 657-700.

Cawley, J. en C. Ruhm, 2012, The economics of risky health behaviors, in: M. Pauly; T. McGuire en P. Barros (eds), *Health Economics*, Elsevier, pag.. 95-185.

Cnossen, S., 2006, Alcohol taxation and regulation in the European Union, CPB Discussion Paper 76.

Cnossen, S.; D. Forrest en S. Smith, 2009, *Taxation and regulation of smoking, drinking and gambling in the European Union*, CPB Bijzondere Publicatie 76, Den Haag.

DellaVigna, S., 2009, Psychology and Economics: evidence from the field, *Journal of Economic Literature*, vol. 47, nr. 2, pag.. 315-372.

Gelder, B. van, M. Poos en E. Zantinge, 2011, Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken?, in: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, Bilthoven.

Griffith, R. en M. O'Connell, 2010, Public policy towards food consumption, *Fiscal Studies*, vol. 31, nr. 4, pag.. 481-507.

Gruber, J. en B. Köszegi, 2001, Is addiction rational? Theory and evidence, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 116, nr. 4, pag.. 1261-1304.

Johar, M. en H. Katayama, 2012, Quantile regression analysis of body mass and wages, *Health Economics*, vol 21, nr. 5, pag.. 597-611.

Klink, A., P. Rosenmöller en J.J. Polder, 2008, Het economisch gewicht van overgewicht. *Economisch Statistische Berichten*, vol. 93, nr. 4533, pag.. 228-231.

Kreijl, C. van, en A. Knaap, 2004, Ons eten gemeten: gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland, RIVM, Bilthoven.

Mackenbach, J., 2010, *Ziekte in Nederland*, Elsevier, Amsterdam.

Oomen, C., M. Ocké, E. Feskens, M.A. van Erp-Baart, F. Kok en D. Kromhout, 2001, Association between trans fatty acid intake and 10-year risk of coronary heart disease in the Zutphen elderly study: a prospective population-based study, *The Lancet*, vol. 357, nr. 9258, pag. 746-751.

Otten, F.; K. Arts, M. Schuring en A. Burdorf, 2012, Invloed van werkbelasting op voortijdige arbeidsuittreding ouderen, *Economisch Statistische Berichten*, pag. 608-611.

Polder, J., A. Wong en B. Wouterse, 2012, Vergrijzing: kosten en baten, in: J. Donders en C. de Kam (eds), *Zorg verzekerd?*, SDU Uitgevers, Den Haag.

Polder, J., R. Hoogenveen, G. Luijben, M. van den Berg, H. Boshuizen en L. Slobbe, 2012, Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie, in E. Schut en M. Varkevisser, *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, KVS Preadviezen 2012.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011, Preventie van welvaartsziekten, Den Haag.

RIVM, 2006, Zorgkosten van ongezond gedrag, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, Bilthoven.

RIVM, 2010, Effecten van preventie, Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, Bilthoven.

RIVM, 2012, Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en toekomst, Bilthoven.

Teulings, C., L. Bovenberg en H. van Dalen, 2005, *De cirkel van goede intenties*, Amsterdam University Press, Amsterdam.

Willemsen, M., 2011, Roken in Nederland – de keerzijde van tolerantie, Oratie Universiteit van Maastricht.

Ons hele leven lang is onze gezondheid belangrijk, genietend van goede jaren, of kampend met een zwakke gezondheid. Ons leven lang is de gezondheidszorg belangrijk, we maken er gebruik van en betalen ervoor. Niets wijst erop dat in de toekomst gezondheid en zorg in belang zullen afnemen. Integendeel, wij worden steeds ouder, maar ook chronische ziekten nemen toe; de medische mogelijkheden nemen toe, maar de zorg legt ook een steeds groter beslag op onze bestedingen.

Toekomst voor de zorg laat zien voor welke keuzes de Nederlandse samenleving wordt geplaagd: keuzes over de inrichting van het zorgstelsel en over de hoogte van de bijdrage. Keuzes die sterk op ons afkomen als consumenten steeds kritischer worden en de medische technologie voortschrijdt.

Toekomst voor de zorg is geschreven voor iedereen die wil meedenken over de toekomst voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau (CPB)
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
(070) 338 33 80 | www.cpb.nl | info@cpb.nl

Gedrukt door:

De Swart BV
Postbus 53184 | 2505 AD Den Haag
(070) 308 21 21 | www.kds.nl | info@kds.nl

Maart 2013 | ISBN 978-90-5833-589-0

