

HERVORMING PUBLIEKE GEZONDHEID NODIG

Nieuwe bedreigingen vereisen krachtig beleid

Wereldwijde epidemieën zoals SARS en influenza vragen om politiek draagvlak voor het versterken van de publieke gezondheid in Nederland. De afweging van verschillende belangen die daarbij noodzakelijk is, kan alleen plaatsvinden in het parlement. De overheid moet hier het voortouw nemen.

JOHAN MACKENBACH

Preventie heeft een geweldige bijdrage geleverd aan het terugdringen van ziekte, beperkingen en voortijdige sterfte in de bevolking. De afgelopen eeuw werd 25 jaar winst in levensverwachting geboekt, waarvan een groot deel te danken is aan succesvolle preventie.¹ Voor het vakgebied van de preventie en andere collectieve maatregelen die de volksgezondheid bevorderen, gebruiken Groot-Brittannië en de Verenigde Staten de term 'public health'. Tot voor kort bestond daarvoor geen goede Nederlandse vertaling, maar onlangs introduceerde de minister van VWS hiervoor de term 'publieke gezondheid'.

Publieke gezondheid staat of valt met een effectieve uitvoeringspraktijk, adequate ondersteuning door wetenschappelijk onderzoek, en een competente beroepsgroep.² Hoewel de ingrediënten hiervoor in Nederland wel aanwezig zijn, is de laatste jaren het besef gegroeid dat in dit veld meer samenhang moet worden gebracht. De volksgezondheid staat er in Nederland namelijk minder rooskleurig voor dan we graag zouden geloven. De relatief hoge sterfte rond de geboorte, de stagnerende levensverwachting onder vrouwen en de dreigende epidemie van overgewicht zijn hiervan enkele concrete illustraties.³ De publieke gezondheid hervormen en versterken is noodzakelijk om deze en andere opgaven het hoofd te bieden.

Na de grote successen van de twintigste eeuw staat de publieke gezondheid namelijk opnieuw voor grote uitdagingen. Deze lopen uiteen van infectieziekten tot geestelijke ongezondheid, van gedragsproblemen bij kinderen tot 'succesvol' ouder worden, en van dreigende milieuproblemen tot verstandig gebruikmaken van de verworvenheden van de 'genetische revolutie'.⁴ De preventieve successen die in het verleden werden behaald, waren gebaseerd op de werk-

rol spelen bij hun ontstaan. Toch kan de publieke gezondheid niet 'op de automatische piloot' verder. De nieuwe opgaven zijn namelijk in kwalitatief opzicht heel anders dan de uitdagingen van de vorige eeuw.

VERSCHILLEN

In de twintigste eeuw konden veel effectieve maatregelen op lokaal niveau worden genomen. Drinkwaterleiding en riolering waren belangrijke onderwerpen van gemeentelijk gezondheidsbeleid en jeugdgezondheidszorg kon door zijn kleinschaligheid dicht bij de burger worden gebracht. Uiteindelijk is hiervoor een landelijk dekkend netwerk van gemeentelijke gezondheidsdiensten totstandgekomen. Inmiddels zijn echter veel gezondheidbedreigingen grensoverschrijdend geworden. Deze globalisering van gezondheidsrisico's betreft niet alleen infectieziekten, maar ook riskante consumentenproducten, zoals tabakswaren en fastfood.⁵ Het is daarmee de vraag of een landelijk netwerk van gemeentelijke gezondheidsdiensten nog wel de oplossing is voor de problemen van vandaag.

De publieke gezondheid heeft in de twintigste eeuw geprofiteerd van een sterke synergie tussen verbetering van de

De globalisering van gezondheidsrisico's betreft ook consumentenproducten

hypothese dat veel ziekten zijn te voorkomen door hun oorzaken in de omgeving weg te nemen. Die gedachte heeft vermoedelijk nog niets aan geldigheid ingeboet: ook voor de problemen van nu worden grote variaties naar persoon, plaats en tijd gevonden die erop wijzen dat omgevingsfactoren een belangrijke

volksgezondheid en economische groei. Dankzij de economische groei verbeterde de gezondheid en dankzij een betere volksgezondheid groeide de economie, onder andere door een stijgende arbeidsproductiviteit.⁶ Dit 'vliegwieleffect' is al sinds enkele decennia verleden tijd. De welvaart heeft ruimte gemaakt voor

tabaksgebruik en overgewicht. Omgekeerd heeft de toegenomen levensverwachting bijgedragen aan de vergrijzing en daarmee aan de toegenomen kosten van gezondheidszorg, sociale zekerheid en pensioen. De motor van de vooruitgang in de volksgezondheid dreigt daardoor tot stilstand te komen, tenzij we erin slagen nieuwe synergie te creëren, bijvoorbeeld doordat de publieke gezondheid bijdraagt aan een grotere arbeidsparticipatie van ouderen.

De publieke gezondheid was in de twintigste eeuw een 'low-tech'-vak. Voor de grootschalige toepassingen die in de publieke gezondheid nodig zijn, werd naar eenvoudige en goedkope technieken gezocht. De kans is groot dat de biomedische revolutie ook 'high-tech'-oplossingen zal brengen voor volksgezondheidsproblemen. Denk aan de recente discussies over de 'polypill', die

zo effectief zou zijn ter bestrijding van hart- en vaatziekten dat de traditionele preventie maatregelen hierbij verbleken.⁷ Een genetisch profiel dat helpt om preventieve maatregelen af te stemmen op individuele gezondheidsrisico's lijkt nog toekomstmuziek, maar toch zullen genetische technologieën vroeger of later ook in de publieke gezondheid toepassing vinden. Het accommoderen hiervan in een van oudsher 'low-tech'-vak zal niet eenvoudig zijn en in elk geval een warmere relatie met de curatieve sector vereisen.

Een sterkere individualisering wordt ook in de hand gewerkt door het veranderde maatschappelijke en politieke klimaat. De publieke gezondheid in zijn huidige vorm is ontstaan in een alliantie met sociaal- en christen-democraten, voor wie het nemen van 'collectieve' maatregelen paste in hun ide-

ologische overtuigingen.⁸ Aan het eind van de twintigste eeuw heeft de liberale ideologie echter beduidend aan invloed gewonnen. Het gelijkheidsideaal in zijn oude vorm, dat wil zeggen als gelijkheid van uitkomsten, is grotendeels vervangen door gelijkheid van kansen, de liberale variant op het gelijkheidsideaal. Dit dwingt tot een heroriëntatie, bijvoorbeeld in relatie tot de verzorgingsstaat: ook de publieke gezondheid zal moeten bijdragen aan een betere balans tussen comfortabel vangnet en activerende benadering.

BELEIDSKRACHT

Om de opgaven van de komende tijd aan te kunnen, moet de publieke gezondheid meer beleidskracht ontwikkelen zonder te 'stollen' in een organisatie die onvoldoende creatief is om complexe en delicate vraagstukken aan te kunnen. In het kader staan tien actiepunten die hieraan een bijdrage kunnen leveren.

Beleidskracht is gebaat bij een passende schaalgrootte, voldoende autoriteit en toereikende financiële middelen. In de uitvoering van de publieke gezondheid is de afgelopen jaren het accent te zeer komen te liggen op het gemeentelijke niveau. Voor veel taken hebben gemeentelijke gezondheidsdiensten niet het vereiste schaalniveau om voldoende deskundigheid op te bouwen. Gezondheidsproblemen vertonen weinig lokale variatie. Het is dan ook ongewenst dat door variaties in lokale besluitvorming grote variaties in de uitvoering van preventieprogramma's ontstaan. Wel zal individuele variatie steeds belangrijker worden, maar de complexiteit daarvan vergt juist een hoger schaalniveau.

De meeste activiteiten op het terrein van de publieke gezondheid vereisen nationale beleidsvoering. In tegenstelling tot een aantal andere landen ontbreekt in Nederland echter een nationale 'autoriteit' op het gebied van de publieke gezondheid. Zo is de verantwoordelijkheid voor het bevorderen van gezond gedrag verspreid over een groot aantal, deels particuliere organisaties. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) lijkt de aangewezen instantie om deze regierol op zich te nemen. Inmiddels is hiermee met het Landelijk Centrum Infectieziektenbestrijding een begin gemaakt. Bij deze ontwikkeling zijn overigens nog belangrijke aandachtspunten te formuleren, zoals het creëren van voldoende moge- >>

TIEN ACTIEPUNTEN

1. **Lokaal niveau:** schaalvergroting, meer ruimte voor professionaliteit, relatie met curatieve zorg
2. **Nationaal en internationaal niveau:** nationale 'autoriteit', actief zoeken naar synergie met andere sectoren, versterken van Europees CDC
3. **Financiering van publieke gezondheid:** gelijke tred met curatieve zorg door vast percentage in zorgbegroting
4. **Professie:** zelfbewuste professie ontwikkelen met gemeenschappelijke identiteit en eigen beroepsethiek
5. **Opleidingen:** hoogwaardig en multidisciplinair aanbod dat 'verplicht' is voor hoger kader in publieke gezondheid
6. **Evidence-based werken:** nieuwe kennis beter implementeren door programma van reviews, richtlijnen en standaarden
7. **Onderzoek:** volume beter benutten door concentratie in enkele multidisciplinaire consortia
8. **Onderzoeksfinanciering:** hele keten van determinantenonderzoek tot implementatie van nieuwe kennis
9. **Relatie onderzoek-praktijk:** inrichten van 'academische werkplaatsen' voor publieke gezondheid
10. **Blijvend draagvlak:** democratische controle; onafhankelijkheid van praktijk, professie en onderzoek

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

<< lijkheden om vanuit het RIVM bij te dragen aan intersectoraal beleid. Ook is de noodzakelijke internationalisering van de publieke gezondheid hiermee nog geen feit. Met de totstandkoming van het 'Europese Centers for Disease Control (CDC)' in Stockholm is hiermee nog slechts een bescheiden begin gemaakt.

Terwijl de curatieve gezondheidszorg de afgelopen vijf jaar een kosten-

bedragen van die in de curatieve gezondheidszorg. Verruiming van het budget voor publieke gezondheid, bijvoorbeeld door hiervoor een vast percentage van de totale zorgkosten aan te wenden, is aangewezen.

CREATIVITEIT

Creativiteit is gebaat bij een goed opgeleide, onafhankelijk denkende profes-

gezondheidswetenschappen voorzien in het volledige competentieprofiel van de professional in de publieke gezondheid. De opleiding master of public health van de Netherlands School of Public and Occupational Health wordt nauwelijks gebruikt, hoewel een multidisciplinaire public-healthopleiding verplicht zou moeten zijn voor alle hogere functies in de public-healthpraktijk.

Onderzoek op het terrein van de publieke gezondheid heeft in Nederland een behoorlijke omvang en is volgens onafhankelijke beoordelingscommissies van goede tot zeer goede kwaliteit. Dit is mede het resultaat van de vorming van onderzoeksscholen als CARE en Nihes. Verhoging van de kwaliteit is echter gepaard gegaan met een sterkere wetenschapsinterne en internationale oriëntatie, en een minder soepele aansluiting op de nationale praktijk. Deze aansluiting kan worden verbeterd door 'academi-

Verruiming van het budget is achterwege gebleven

explosie heeft doorgemaakt, is voor de publieke gezondheid een verruiming van het budget achterwege gebleven. Dit terwijl de gezondheidsopbrengst van investeringen in de publieke gezondheid waarschijnlijk een veelvoud zou hebben

sie en bij een voortdurende, kritische reflectie op de uitvoeringspraktijk aan de hand van resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Noch de beroepsopleiding sociale geneeskunde, noch de verschillende doctoraalopleidingen

SAMENVATTING

sche werkplaatsen' voor onderzoek (en onderwijs) in de publieke gezondheid te creëren, bijvoorbeeld in de vorm van een 'geacademiseerde' GGD. VWS heeft hiervoor inmiddels financiële middelen beschikbaar gesteld. Het onderzoek is verspreid over een groot aantal universitaire en buitenuniversitaire groepen. Bestaande universitaire en niet-universitaire onderzoeksgroepen zouden een beperkt aantal grotere, multidisciplinaire consortia voor public-healthonderzoek kunnen vormen om kritische massa en synergie te creëren. Ook de financieringsstructuur moet worden verbeterd. Het Preventieprogramma van ZonMw is een belangrijke financieringsbron, maar sluit belangrijke terreinen uit, met name veel determinantenonderzoek, ontwikkeling van nieuwe interventies, en preventie buiten de kaders van de gezondheidszorg. Het Fonds Openbare GezondheidsZorg voorzagt tijdelijk in financiering van ontwikkelwerk, maar wordt binnenkort helaas opgeheven.

BLIJVEND DRAAGVLAK

Mede dankzij de dreiging van wereldwijde epidemieën van SARS en influenza lijkt er op dit moment (ook politiek) draagvlak te zijn voor versterking van de publieke gezondheid in Nederland. Voor blijvend grotere beleidskracht is ook een blijvend draagvlak nodig. Dit is niet vanzelfsprekend, omdat veel maatregelen zullen interfereren met de keuzevrijheid van de burger en/of de bewegingsvrijheid van het bedrijfsleven. Belangrijke beslissingen over de publieke gezondheid moeten democratisch totstandkomen. Vrijwel steeds is een afweging van verschillende belangen nodig, en die afweging kan alleen plaatsvinden in het parlement (of, in sommige gevallen, de gemeenteraad). Het creëren van een nationale 'autoriteit' op het gebied van de publieke gezondheid zal dan ook de politieke verantwoordelijkheid van de minister in tact moeten laten. Bij veel beslissingen in de publieke gezondheid spelen ethische afwegingen een rol. Een

- De publieke gezondheid heeft in het verleden een grote bijdrage geleverd aan verbetering van de gezondheid van de Nederlandse bevolking.
- Ook aan een oplossing van de grote gezondheidsproblemen aan het begin van de 21ste eeuw kan de publieke gezondheid bijdragen, maar hiervoor is wel een hervorming noodzakelijk.
- Belangrijke aandachtspunten zijn het ontwikkelen van meer beleidskracht, het inbouwen van een flinke dosis creativiteit en het versterken van draagvlak.

eigen professe kan een goed gearticuleerde beroepsethiek ontwikkelen, die tegenwicht kan bieden tegen druk om vergaande maatregelen te nemen. Ook onafhankelijk onderzoek zal een belangrijke *countervailing power* moeten vormen. Concentratie van belangrijke uitvoerende taken (inclusief regietaken) en een groot aantal onderzoekstaken in één instelling is ongewenst. Als de regierol van het RIVM verder wordt versterkt, is bezinning op de onderzoekstaken van het RIVM onvermijdelijk.

MEER AMBITIE

De toestand van de volksgezondheid en de opgaven waarvoor de publieke gezondheid op dit moment staat, vragen om een hoog ambitieniveau. Meer ambitie is mogelijk als de overheid hierin het voortouw neemt. ■

prof. dr. P. Mackenbach,
afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus
MC Rotterdam

Correspondentieadres: Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, e-mail: j.mackenbach@erasmusmc.nl

Dit artikel is gebaseerd op een lezing die 18 januari op initiatief van de Gezondheidsraad en het ministerie van VWS in Den Haag is gehouden tijdens een conferentie over de toekomst van de publieke gezondheid in Nederland.

ZORGGESCHIL



Zeldzame ziekte

Een patiënt met de ziekte van Gaucher vraagt om vergoeding van ziekenvervoer. Zij ondergaat wekelijks therapie in een regionaal ziekenhuis en moet tweemaal op controle in dat ziekenhuis en in een academisch ziekenhuis. Haar ziekenfonds vergoedt het vervoer niet.

De ziekte van Gaucher is een zeldzame stofwisselingsstoornis. Het medicijn Cerezyme, dat via een infuus wordt ingebracht, gaat de gevolgen tegen maar geneest niet. De toedieningsfrequentie varieert van eenmaal per twee tot drie dagen tot eenmaal per vier weken. Bij deze patiënt is het één keer per week, hetgeen wijst op een ernstige vorm van de ziekte. Behandeling is van levensbelang en vergelijkbaar met chemotherapie.

De meeste patiënten dienen het infuus zelf toe. Maar deze patiënt lukt dat niet: haar bloedvaten zijn te broos. Haar huisarts is niet in staat of bereid deze taak op zich te nemen. Het CVZ kan zich daarin vinden: aanleggen van het infuus, voorzichtig laten inlopen van het middel, controle en afkoppelen behoren niet tot de eerstelijnszorg. Ook in dat opzicht is de behandeling vergelijkbaar met chemotherapie.

Maar dit geeft nog geen recht op gratis ziekenvervoer. De minister heeft namelijk bepaald dat vergoeding alleen geldt voor verzekerden die een *oncologische* behandeling met chemotherapie ondergaan of die langdurig zijn aangehouden op vervoer waarvoor het ziekenfonds vooraf toestemming heeft gegeven (hardheidsclausule). De verzekeraar mag daarvoor zelf richtlijnen formuleren.

Ook nu vangt de patiënt helaas bot, want ze voldoet niet aan alle voorwaarden: haar frequentie van ziekenhuisbezoek is te laag. Een beroep op mantelzorg en/of de Wet voorzieningen gehandicapten ligt daarom in de rede. Haar verzoek wordt afgewezen. << HM

In de rubriek Zorggeschil staan uitspraken van de geschillencommissie van het CVZ (zie MC 26/2004: 1069).

De gehele uitspraak kunt u lezen op www.medischcontact.nl/zorggeschil.



Referenties

1. Mackenbach JP. De veren van Icarus. Over de achtergronden van twee eeuwen epidemiologische transitie in Nederland. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1992.
2. Advies kennisinfrastructuur public health: kennisverwerving en kennisoppassing. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2003.
3. Oers JAM van, eindred. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2002.
4. Mackenbach JP. Succes, paradigma en toekomst van de maatschappelijke gezondheidszorg. TSG 2001; 79: 522-9.
5. McMichael AJ, Beaglehole R. The changing global context of public health. Lancet 2000; 356: 495-9.
6. Sachs J. Development economics. London: Blackwell, 1997.
7. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ 2003; 326: 1419-23.
8. Kerkhoff AHM. De staat als dokter. Bussum: Coutinho, 1997.