



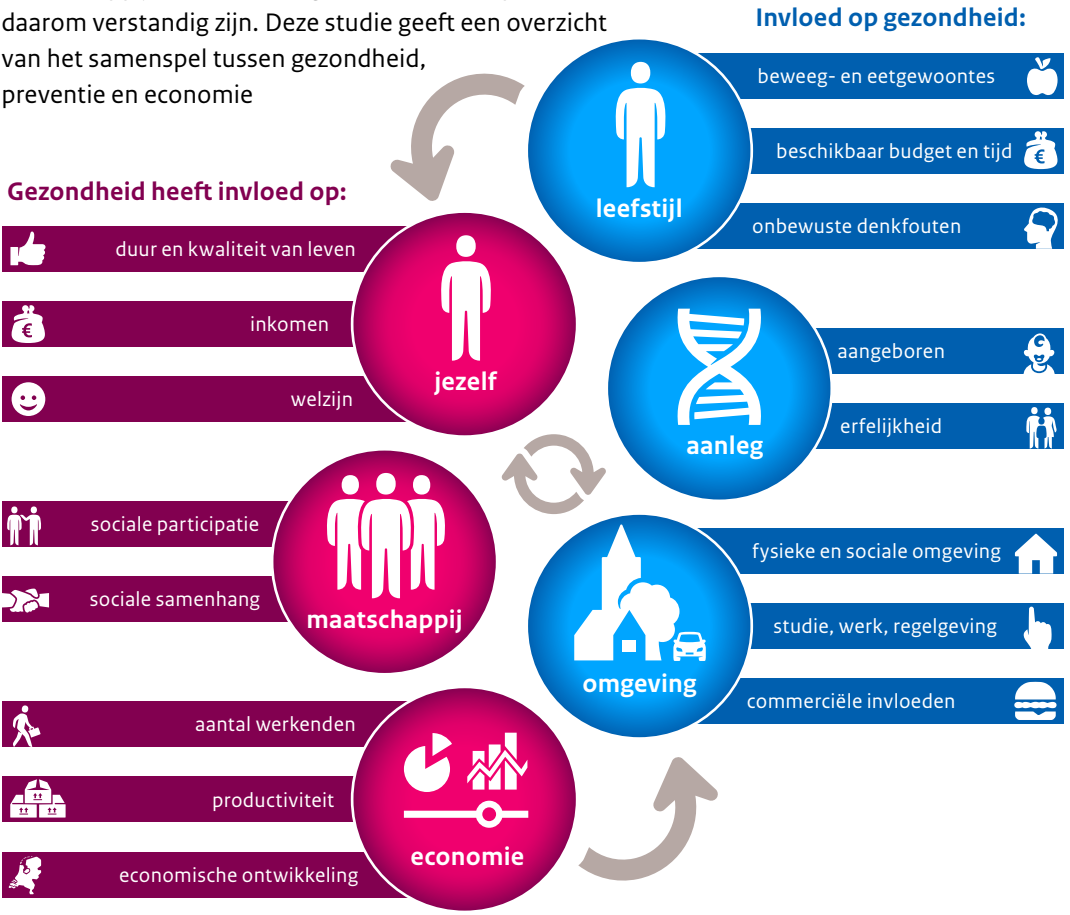
Economisch perspectief op gezondheid en preventie

Het belangrijkste doel van preventie is het bevorderen van een goede gezondheid. Gezondheid heeft veel voordelen, maar het hoeft niet zo te zijn dat hierdoor de totale zorguitgaven lager worden. Preventiebeleid omvat meerdere beleidsterreinen, wat de noodzaak van intersectorale samenwerking onderstreept.

Effectief preventiebeleid kan welvaart en rechtvaardigheid bevorderen. Het ontwerpen en implementeren van effectief preventiebeleid is echter complex en vereist regie van de overheid.

Economie van gezondheid en preventie

Gezond zijn biedt veel voordelen voor mens, economie en maatschappij. Investeren in gezondheid door preventie kan daarom verstandig zijn. Deze studie geeft een overzicht van het samenspel tussen gezondheid, preventie en economie



Rol van de overheid

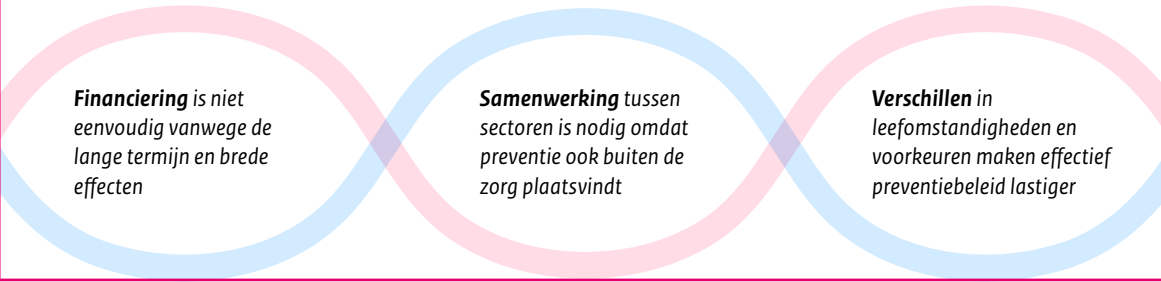
Welvaart bevorderen

Een slechte gezondheid kan leiden tot welvaartsverlies, zowel van de persoon zelf als van de hele maatschappij. Om dit te beperken kan de overheid ingrijpen met preventiebeleid

Rechtvaardigheid waarborgen

Er zijn gezondheidsverschillen waar mensen zelf weinig aan kunnen doen. De overheid kan daarom het doel nastreven om meer gelijkheid in gezondheid te bereiken

Preventie is complex



Samenvatting

In deze publicatie kijken we met een economische blik naar gezondheid en preventie. Preventie speelt een cruciale rol bij het bevorderen van zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid. Onder preventie vallen maatregelen om ziekte te voorkomen en de gezondheid van mensen te beschermen. Dat gaat niet alleen over gezondheidszorg, maar bijvoorbeeld ook over beleidsterreinen als onderwijs en infrastructuur.

Preventie heeft veel positieve gevolgen, maar het hoeft niet zo te zijn dat hierdoor de totale zorguitgaven lager worden. Het belangrijkste doel van preventie is het bevorderen van een goede gezondheid. Op individueel niveau draagt het bij aan een langer en beter leven, waardoor mensen actiever en productiever blijven. Bovendien versterkt een goede gezondheid de brede welvaart door te zorgen voor meer maatschappelijke participatie en sociale samenhang. Een gevolg van preventie is dat dit de kosten voor gezondheidszorg op de korte termijn kan uitstellen. Maar preventie garandeert niet dat de totale zorguitgaven lager worden.

Het succes van preventie wordt beïnvloed door het vermogen en de wil van mensen om in hun gezondheid te investeren, maar ook door cognitieve biases. In economische modellen wordt gezondheid gezien als een goed dat niet alleen nuttig is, maar ook investeringen vraagt die afhankelijk zijn van iemands beschikbare tijd en geld. Bovendien laten inzichten uit de gedragseconomie zien dat keuzes rond gezondheid vaak beïnvloed worden door cognitieve biases: onbewuste denkfouten die onze beslissingen verstoren. Mensen hebben bijvoorbeeld een voorkeur voor onmiddellijke beloningen boven toekomstige voordelen. Zulke biases leiden ertoe dat mensen minder rationele keuzes maken.

De gezondheid van mensen wordt ook beïnvloed door hun omgeving en dit verklaart deels de groeiende onderlinge gezondheidsverschillen. Bij de omgeving gaat het om de fysieke, sociale en economische context waarin mensen leven. Ook gaat het om commerciële invloeden, zoals het toegenomen aanbod van ongezonde producten, die schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid. Samen met leefstijl en genen verklaren deze omgevingsfactoren waarom sommige groepen mensen gezonder zijn dan andere. De situatie wordt nog complexer door de interactie tussen persoonlijk gedrag en de omgeving.

De overheid kan ingrijpen en gezondheidsbeleid voeren als markten of mensen dit niet goed genoeg doen. Tekortschietende markten reflecteren bijvoorbeeld vaak niet de ware kosten van gedrag, terwijl mensen de gevolgen van ongezonde keuzes kunnen onderschatten. Dit leidt tot minder welvaart en tot een minder goede gezondheid. Om deze verliezen te beperken en meer gelijkheid in gezondheid te bereiken, wil de overheid de welvaart en rechtvaardigheid bevorderen. Preventieve maatregelen kunnen echter als betuttelend worden ervaren. De overheid moet daarom een balans vinden tussen bescherming tegen bijvoorbeeld commerciële invloeden en het respecteren van persoonlijke keuzes en leefomstandigheden.

Effectief preventiebeleid uitvoeren is complex en vereist een zorgvuldige vormgeving en samenwerking tussen verschillende domeinen. In Nederland is het budget voor preventie beperkt, vooral in vergelijking met de totale zorguitgaven. De implementatie wordt bemoeilijkt door obstakels als hogere winsten uit behandelingen en een voorkeur voor curatieve zorg. De financiering van preventie is ook lastig, omdat de kosten voor de baten uitgaan en de financiële gevolgen over verschillende partijen worden verdeeld. Samenwerking tussen beleidsterreinen is daarom cruciaal voor effectief beleid.

1 Inleiding

De levensverwachting in Nederland steeg de afgelopen eeuw fors, onder andere dankzij grote investeringen in de gezondheidszorg en in preventie. In de afgelopen zeventig jaar steeg de levensverwachting in Nederland gemiddeld met iets meer dan tien jaar. Minstens de helft van deze stijging was te danken aan preventie en zorg bij infectieziekten, hart- en vaatziekten en kanker (Meerding et al., 2007; VZinfo, 2024a). Deze vooruitgang is mogelijk gemaakt door aanhoudende gezondheidsbevorderende maatregelen, zoals de aanleg van riolering, schoon drinkwater, aanpak van kindersterfte, behandeling van infectieziekten, betere voeding en verbeterde arbeidsomstandigheden (Stoeldraijer, 2020).

Nederlanders brengen wel meer levensjaren door in slechte gezondheid, als gevolg van onder andere chronische ziekten. In de twintigste eeuw vond een verschuiving plaats van acute naar chronische ziekten. Deze ziekten zijn een belangrijke oorzaak van zowel het aantal jaren in slechte gezondheid als van vroegtijdige sterfte. Aandoeningen als dementie, longkanker, beroerte, coronaire hartziekten en diabetes vormen een aanzienlijke ziektelast (VZinfo, 2024b). Deze aandoeningen worden vaak veroorzaakt door risicofactoren, zoals hoge bloeddruk, overgewicht en obesitas, en omgevingsrisicofactoren, zoals luchtvervuiling. Daarnaast zorgen leefstijlkeuzes van mensen voor een hoger risico op deze chronische aandoeningen. Dit leidt vaak tot langdurige zorgbehoeften en een verminderde levenskwaliteit (World Health Organization [WHO], 2023a).

Chronische aandoeningen zijn een van de oorzaken van de stijgende zorgkosten, vooral onder kwetsbare bevolkingsgroepen. De zorgkosten stijgen en zullen naar verwachting in de toekomst verder toenemen. Chronische aandoeningen vormen een belangrijke oorzaak van deze stijging (WHO, 2023a). Bij een groot aantal ziekten is er sprake van sociaaleconomische verschillen. Mensen met een praktische opleiding en een laag inkomen hebben een grotere kans op een slechte gezondheid (Pallesen et al., 2024). Chronische aandoeningen vormen hierop geen uitzondering: mensen met een laag inkomen ontwikkelen deze aandoeningen vaker en sneller dan mensen met een hoger inkomen. Dit versterkt de diepgewortelde gezondheidsverschillen die al vroeg in het leven beginnen en tijdens het leven van mensen toenemen (Spinnewijn et al., 2024).

Gezondheidsbeleid is gericht op het bevorderen van gezondheid en het verminderen van gezondheidsachterstanden, en preventie is daarvan een belangrijk onderdeel. Bij gezondheid gaat het niet alleen over de afwezigheid van ziekten, maar ook over fysiek, mentaal en sociaal welzijn (WHO, z.d.). Om gezondheid te bevorderen, kunnen zowel curatieve behandelingen, met genezing als doel, als preventie worden ingezet. Curatieve behandeling is nodig na het ontstaan van ziekten, terwijl preventie zich richt op het voorkomen ervan. Bovendien is preventie gericht op het bevorderen van veerkracht en weerbaarheid: het uiteindelijke doel van preventie is namelijk dat mensen zo lang mogelijk zo gezond mogelijk blijven (Zorginstituut Nederland, 2023). Ook kunnen preventiemaatregelen bijdragen aan het verminderen van gezondheidsachterstanden, bijvoorbeeld door programma's op te zetten die zich richten op het verminderen van sociaaleconomische achterstand bij kwetsbare groepen (Mackenbach & Stronks, 2002; Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra [NFU], 2020).

Preventie omvat drie categorieën: ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. Ziektepreventie richt zich op het voorkomen of tijdig opsporen van ziekten door middel van screening, vaccinaties en medicatie om complicaties te voorkomen, bijvoorbeeld bij hart- en vaatziekten. Gezondheidsbevordering stimuleert een gezonde leefstijl van mensen: niet roken, matig alcohol drinken en regelmatig bewegen. Gezondheidsbescherming voorkomt risico's door blootstelling aan schadelijke stoffen en omvat basisvoorzieningen, zoals schoon drinkwater en goede sanitaire voorzieningen. Preventie reikt dus verder dan de zorgsector, en is ook onderdeel van andere beleidsterreinen. Denk

bijvoorbeeld aan onderwijs, volkshuisvesting, het sociaal domein, klimaat en stedelijke infrastructuur (NFU, 2022; Van Gils et al., 2020). Bovendien speelt preventie een cruciale, maar vaak onderbelichte rol in het bevorderen van geestelijke gezondheid (Singh et al., 2022).

Preventie verschilt per doelgroep en sector. Er zijn vier preventiedoelgroepen: de gehele bevolking; subgroepen binnen de bevolking waarin een bepaald volksgezondheidsprobleem relatief veel voorkomt; individuen met een verhoogd risico op een bepaalde ziekte; en individuen met een ziekte (NFU, 2022). In Nederland vindt preventie plaats in verschillende sectoren. De publieke gezondheidszorg richt zich bijvoorbeeld op jeugdgezondheid, infectiebestrijding en screening op kanker. Curatieve gezondheidszorg biedt preventie, zoals griepvaccinaties voor ouderen en voedingsadvies aan patiënten met diabetes. Daarnaast is er intersectoraal beleid, waarin sectoren samenwerken, vooral buiten de zorg (NFU, 2022). Gezondheidsbeleid is de overkoepelende term die vaak gebruikt wordt om preventie-inspanningen op diverse niveaus en terreinen samen te vatten.

Onderzoeksvraag en leeswijzer

Preventie en gezondheid krijgen de laatste jaren veel aandacht in de samenleving, bij beleidsmakers en wetenschappers. Zo adviseerden de Sociaal-Economische Raad (SER) en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) recentelijk over het versterken van publieke gezondheidszorg en het wegnemen van maatschappelijke oorzaken van gezondheidsrisico's om onder andere gezondheidsachterstanden te verminderen (RVS, 2023; SER, 2024). Een technische werkgroep gaf recent advies hoe kosten en baten van preventie geschat en gewogen kunnen worden (Polder et al., 2023). Deze adviesrapporten en preventie in het algemeen kregen afgelopen jaren ook brede aandacht in de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 32793, nr. 712, 2024).

Mensen verwachten veel van preventiebeleid, maar toch komt preventiebeleid niet altijd goed van de grond. Zo bestaat de hoop dat preventie kan bijdragen aan een efficiëntere gezondheidszorg: het verschuiven van middelen van curatieve zorg naar preventieve maatregelen kan een hoger gezondheidsrendement opleveren voor dezelfde kosten. Preventie kan naar verwachting ook andere voordelen opleveren, zoals een betere educatieve ontwikkeling, een hogere arbeidsproductiviteit, een betere gezondheid en een hoger welzijn voor de bevolking. Verder kan preventiebeleid mogelijk helpen om gezondheidsachterstanden te verkleinen. Hoewel mensen veel hopen te bereiken met preventiebeleid, is het in de praktijk vaak een uitdaging om effectief preventiebeleid op te zetten.

Deze publicatie richt zich op de economische aspecten van preventie en gezondheidsbeleid en is de eerste uit een meerjarige onderzoekslijn. De onderzoekslijn Preventie en Gezondheidsbeleid van het Centraal Planbureau (CPB) heeft als doel om beleidsmakers te helpen bij het ontwikkelen van effectief preventiebeleid. De onderzoeksvraag van deze publicatie is hoe preventiebeleid vanuit economisch perspectief kan worden benaderd en hoe economische theorieën kunnen worden gebruikt om de complexiteit van preventie beter te begrijpen. In vervolprojecten richten we ons op twee zaken. Ten eerste op het ontwikkelen van een denkkader rondom effectief preventiebeleid. Ten tweede gaan we de financiële prikkels analyseren voor het wel of niet aanbieden van preventie en onderzoeken we hoe deze prikkels op elkaar zijn afgestemd.

Onze publicatie is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 bespreekt de voordelen van gezondheid op zowel individueel als maatschappelijk en economisch niveau. In dit hoofdstuk gaan we ook in op de vraag of preventie de sleutel is tot lagere zorgkosten. Hoofdstuk 3 behandelt gezondheidsbeslissingen vanuit economische en gedragseconomische invalshoeken. In dit hoofdstuk belichten we de complexiteit van keuzes rond gezondheid en preventie. Hoofdstuk 4 richt zich op de invloed van omgevingsfactoren op de gezondheid

en hun verband met gezondheidsverschillen. Hoofdstuk 5 bespreekt de rol van de overheid en de redenen en doelen van overheidsingrijpen bij gezondheidsbevordering. Hier behandelen we ook in hoeverre preventiebeleid paternalistisch is. Tot slot gaat hoofdstuk 6 in op de complexiteit van preventiebeleid.

2 Preventie als investering in gezondheid en welvaart

Gezondheid biedt onmiskenbare voordelen voor het individu. Ten eerste draagt een goede gezondheid bij aan een langer leven (Van der Horst & De Jong, 2013). Daarnaast zorgt een goede gezondheid ervoor dat de extra levensjaren vaak gepaard gaan met betere cognitieve en fysieke functies (Wouterse et al., 2013). Dit betekent dat mensen niet alleen langer van het leven kunnen genieten, maar ook actiever en productiever kunnen blijven en daardoor meer kunnen verdienen (Newhouse, 2021). Dit kan hun algehele levenskwaliteit verhogen en bijdragen aan hun welzijn en tevredenheid in het dagelijks leven. Bovendien ondersteunt gezondheid ook andere mogelijkheden in het leven, zoals de vrijheid om persoonlijke doelen en ambities te realiseren (Nussbaum & Sen, 1993).

Een betere gezondheid van burgers heeft een positief effect op de economie. Gezondheidsbevordering draagt op verschillende manieren bij aan economische ontwikkeling, zowel op de korte als op de lange termijn (Reeves et al., 2013). Zo leidt een betere algemene gezondheid tot een hogere arbeidsparticipatie, omdat meer mensen kunnen werken en minder vaak ziek zijn. Dit leidt tot een hogere productiviteit van werknemers, wat vervolgens de efficiëntie en winstgevendheid van bedrijven bevordert. Daarnaast zorgt een goede gezondheid ervoor dat mensen langer kunnen leren, zowel op school als op het werk. Hierdoor neemt het rendement van investeringen in kennis toe (Van der Horst & De Jong, 2013).

Gezonde burgers leven langer, en kunnen hun opgedane kennis dus beter gebruiken, wat zowel individuen als de overheid ten goede komt. Bovendien stimuleert een hogere levensverwachting meer investeringen in innovatie, omdat mensen en bedrijven langer de vruchten kunnen plukken van deze ontwikkelingen. Dit bevordert ook investeringen in fysiek kapitaal, zoals technologie en infrastructuur. Dit versterkt op zijn beurt de economische ontwikkeling verder (Bloom et al., 2024).

Om de positieve effecten van een betere gezondheid optimaal te kunnen (blijven) benutten, zijn beleidsaanpassingen nodig. Naarmate een samenleving welvarender wordt, levert extra consumptie steeds minder op voor het welzijn. Investeringen in gezondheid worden dan juist waardevoller, omdat ze bijdragen aan een langere levensduur en dus meer jaren van welzijn (Hall & Jones, 2007). Een hogere gezonde levensverwachting kan ook leiden tot een veranderende dynamiek op de arbeidsmarkt. Dit vraagt om aanpassingen in het beleid. Langere en gezondere levensjaren zouden de behoefte aan langere loopbanen en hogere pensioenleeftijden kunnen vergroten (Ter Weel et al., 2014; Van Ewijk et al., 2013). Daarnaast zouden onderwijssystemen en professionele ontwikkelingsprogramma's meer nadruk kunnen leggen op een leven lang leren. Zo blijven de vaardigheden van de beroepsbevolking in lijn met een voortdurend veranderende economie.

Gezondheid levert belangrijke voordelen op voor de samenleving en die gaan verder dan alleen economische voordelen. Een gezonde bevolking draagt bij aan brede welvaart, waarbij het niet alleen gaat om materiële welvaart, maar ook om het welzijn van mensen (Ter Weel et al., 2014). Door het risico op sociale uitsluiting te verminderen, versterkt gezondheidsverbetering de sociale participatie en cohesie. Dat zijn belangrijke pijlers van brede welvaart (Manders et al., 2022; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

[RIVM], 2010). Bovendien bestaat er een wederkerige relatie tussen gezondheid en welvaart: een hogere welvaart faciliteert meer investeringen in gezondheid, wat op zijn beurt bijdraagt aan een vitalere samenleving. Dit ondersteunt een duurzame sociale en economische ontwikkeling (Polder et al., 2020).

Ondanks de vele voordelen is niet elke preventiemaatregel automatisch zinvol of effectief. Er is een solide methodologie nodig om de effectiviteit van preventiebeleid te beoordelen (Polder et al., 2023). Het kan bijvoorbeeld zijn dat sommige maatregelen beter zijn in het bereiken van gezondheidswinst dan andere. Het is belangrijk om dit goed te begrijpen om een optimale toewijzing van middelen te garanderen en zo tot een effectief preventiebeleid te komen.

Is preventie de sleutel tot lagere zorgkosten?

De zorguitgaven in Nederland stijgen. Dat komt mede door vergrijzing, groeiende medische behoeften en technologische vooruitgang. Daardoor neemt de vraag naar zorg toe. Tegelijkertijd blijft de productiviteitsgroei achter (Aalbers & Roos, 2022). Preventie wordt vaak gepresenteerd als de sleutel tot lagere zorgkosten, met het idee dat hierdoor de totale zorguitgaven omlaag kunnen. Empirisch onderzoek laat echter zien dat een betere gezondheid uiteindelijk kan leiden tot uitstel van zorgkosten, in plaats van verlaging ervan (Grootjans-van Kampen et al., 2014; Russell, 2011; Van der Horst & De Jong, 2013). Het idee is dat mensen in goede gezondheid doorgaans lagere directe zorgkosten hebben. Dat komt doordat ze minder vaak medische zorg nodig hebben, vooral in de jongere en middelste jaren van hun leven. Dit lijkt in eerste instantie kostenbesparend. Maar door hun langere levensverwachting kunnen deze mensen uiteindelijk meer zorgkosten maken tijdens hun leven. Dit gebeurt met name op oudere leeftijd, als het risico op gezondheidsproblemen toeneemt, ook voor mensen die voorheen gezond waren (Wouterse et al., 2011). Dat geldt vooral in Nederland, waar de uitgaven voor langdurige zorg aanzienlijk zijn (Hoogendoorn et al., 2023).

Naast het uitstellen van zorgkosten zijn er andere mechanismen die kunnen leiden tot een algehele stijging van de zorgkosten. Regelmatige gezondheidscontroles in het algemeen en structurele controles bij chronische ziekten zorgen ervoor dat mensen vaker en voor langere periodes medische diensten gebruiken. Hierdoor kunnen de totale zorgkosten stijgen (Yong et al., 2010). Dit houdt in dat het toegankelijker en breder beschikbaar maken van preventieve diensten leidt tot meer gebruik van deze diensten en, contra-intuïtief, tot hogere totale zorgkosten (Polimeni et al., 2008). Een andere mechanisme dat hierbij een rol kan spelen is dat, zelfs met effectieve preventie, zorgverleners andere diensten kunnen promoten, waardoor de vraag naar medische zorg nog steeds stijgt. Dit wordt ook wel 'aanbodgestuurde vraag' genoemd (Evans, 1974). Als gevolg hiervan kan het zijn dat zelfs succesvolle preventieprogramma's zich nog steeds niet vertalen in een daling van de zorguitgaven.

Het is mogelijk dat de totale zorgkosten kunnen worden verlaagd door middel van preventieprogramma's die zich richten op het voorkomen van niet-dodelijke ziekten, zoals sommige soorten diabetes. Dergelijke ziekten brengen hoge kosten met zich mee voor voortdurende behandeling en verzorging. Het voorkomen ervan kan kostenbesparend zijn (Grootjans-van Kampen et al., 2014).

Preventie blijft van groot belang, ondanks dat het niet noodzakelijkerwijs tot lagere zorgkosten leidt. Preventie draagt namelijk bij aan gezondheidsverbeteringen die voordelen bieden die verder gaan dan monetaire winst. Zulke voordelen versterken de samenleving als geheel: een hogere levenskwaliteit, een hogere productiviteit en een actievere deelname aan sociale en economische activiteiten. Gezondheid is dus niet alleen een uitgavenpost, maar kan ook gezien worden als een doel op zich. Daardoor kan het een waardevolle investering zijn.

3 De bevordering van gezondheid

3.1 Gezondheidsbeslissingen binnen economische modellen

In economische termen is gezondheid een goed dat bijdraagt aan het algemene nut van een individu, maar beperkt wordt door de beschikbare tijd en financiële middelen. Dit economische kader wordt ook wel het Grossman-model genoemd, naar de ontwikkelaar Michael Grossman (Grossman, 1972). Volgens het Grossman-model is gezondheid een consumptiegoed dat het individuele nut verhoogt, net als bijvoorbeeld een broodje kaas of een bioscoopkaartje. Deze benadering erkent dat de keuzes van mensen over hun gezondheid beperkt worden door hun beschikbare tijd en budget, net als het geval is bij andere goederen. Mensen besteden tijd aan werken en ontspannen, maar kunnen ook tijd verliezen door ziekte. Om dit te vermijden, investeren ze in hun gezondheid door activiteiten als sporten en gezond eten. Er is een zorgvuldige afweging nodig om een evenwicht te vinden tussen inkomen verdienen en investeren in gezondheid. Al deze activiteiten delen immers dezelfde beschikbare tijd.

Gezondheid heeft drie rollen volgens het economische model van Grossman: als consumptiegoed, als productie-input en als kapitaal. Als consumptiegoed verhoogt gezondheid het persoonlijke nut; gezond zijn is waardevol, omdat het zorgt voor meer welzijn en levensvreugde. Als productie-input levert gezondheid meer productieve tijd op, die kan worden gebruikt voor werk en andere activiteiten (Bhattacharya et al., 2014a). Gezondheid als kapitaal fungeert als een langetermijninvestering die, in tegenstelling tot direct consumeerbare goederen, langere tijd blijft bestaan. Gezondheid als kapitaal betekent ook dat iemands gezondheid gedurende diens leven kan verbeteren of verslechteren. De huidige gezondheid weerspiegelt dus invloeden uit het verleden, terwijl de acties van vandaag de gezondheid van morgen beïnvloeden.

Volgens het Grossman-model is preventie cruciaal voor het behouden en verbeteren van de gezondheid. Gezond eten, regelmatig bewegen of stoppen met roken: preventieve acties vereisen een investering van tijd, geld en moeite. Ze kunnen tegelijkertijd gezondheidsvoordelen opleveren en het risico op ziekte op de lange termijn verminderen. Door te investeren in preventie, kan een individu diens gezondheid dus optimaliseren. Daardoor kan die persoon diens totale beschikbare tijd voor andere dingen vergroten. Dat leidt uiteindelijk tot een hoger algemeen welzijn.

Traditionele economische modellen veronderstellen dat consumenten volledig geïnformeerd zijn en rationele keuzes maken uit beschikbare alternatieven. Deze modellen, zoals het Grossman-model, gaan ervan uit dat consumenten in staat zijn om de kwaliteit en de kosten van producten te beoordelen op basis van beschikbare informatie en persoonlijke ervaring. Ook is de veronderstelling dat ze zich niet laten beïnvloeden door overdreven claims en advertenties. Met andere woorden, deze modellen nemen aan dat mensen de markt betreden met vaste voorkeuren en smaken, die niet te beïnvloeden zijn (Rice, 2013).

Het individu maakt echter niet altijd rationele keuzes. De traditionele modellen worden inmiddels aangevuld met gedragseconomische principes die menselijk gedrag verder verklaren. Dankzij bijdragen uit de psychologie erkennen de huidige economische modellen dat mensen vaak handelen op manieren die afwijken van strikt rationele verwachtingen. Dit geeft een realistischer beeld van economische keuzes (Bastiaans & Van Kippersluis, 2017; Rice, 2013).

In de praktijk zien we vaak dat intenties niet overeenkomen met acties. Een intentie is bijvoorbeeld om regelmatig te bewegen. Zo'n intentie omzetten in daadwerkelijke actie is niet altijd gemakkelijk. Daarbij heeft

elk mens zowel een langetermijnplanner en de kortetermijndoener in zich die vaak met elkaar strijden. De langetermijnplanner maakt plannen die op de lange termijn goed zijn voor de gezondheid. De kortetermijndoener wordt daarentegen geconfronteerd met de onmiddellijke kosten en inspanningen die nodig zijn om deze doelen te bereiken. Veel mensen worstelen met diëten, sporten en geld besparen en vertonen uitstelgedrag, zelfs als de gevolgen op de lange termijn ernstig zijn (Volpp & Asch, 2017). Het Centraal Bureau voor de Statistiek (2021) laat bijvoorbeeld zien dat bijna 40% van de Nederlanders met ernstig overgewicht ontevreden is met hun gewicht. Dit geeft aan dat velen moeite hebben om een gezond(er) gewicht te bereiken, ondanks hun kennis en wens om gezonder te leven.

Er zijn vele oorzaken waardoor intenties en acties kunnen verschillen. Het verschil tussen intenties en acties is niet enkel terug te voeren op de interne strijd tussen een langetermijnplanner en een kortetermijndoener. Andere factoren spelen ook een rol. Zo zijn sommige gezondheidsproblemen moeilijk aan te pakken, omdat ze met een genetische, niet-beïnvloedbare component te maken hebben, zoals veel gevallen van diabetes type 1 of bepaalde erfelijke vormen van borstkanker. Daarnaast is de impact van de sociale en fysieke omgeving belangrijk, omdat die een directe invloed heeft op zowel de gezondheid als de keuzes van mensen. We gaan hier in paragraaf 4.1 dieper op in.

3.2 De invloed van cognitieve biases op gezondheidsbeslissingen

De keuzes die individuen maken, worden door veel factoren beïnvloed. Enkele voorbeelden van factoren zijn wilskracht en zelfcontrole (Bastiaans & Van Kippersluis, 2017). De mate van zelfcontrole en wilskracht verschilt per persoon en is beperkt: taken die zelfcontrole vereisen putten het vermogen tot zelfcontrole uit, waardoor mensen minder zelfcontrole hebben voor een volgende taak (Loewenstein & O'Donoghue, 2004; Muraven & Baumeister, 2000). Zelfcontrole kan verder worden ondermijnd door stress en mentale vermoeidheid (Shiv & Fedorikhin, 1999; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], 2017). Een voorbeeld hiervan is dat financiële problemen kunnen leiden tot verminderde zelfcontrole, waardoor het moeilijker wordt om rationele beslissingen te nemen (Mullainathan & Shafir, 2013).

Versillen in gedrag kunnen ook worden toegeschreven aan cognitieve biases. We spreken van een bias wanneer mensen onbewust en systematisch fouten maken in hun denkproces. Cognitieve biases beïnvloeden onze dagelijkse beslissingen. Enkele voorbeelden van deze biases zijn de status quo-bias, verliesaversie, tijdsinconsistentie en beslissingsmoeite. We bespreken ze hierna.

Status quo-bias

De status quo-bias betekent dat mensen de neiging hebben om vast te houden aan vertrouwde patronen. In de context van gezondheidsgedrag kan deze bias er bijvoorbeeld toe leiden dat mensen vasthouden aan hun huidige gezondheidsgedrag, zelfs als verandering van dat gedrag objectief gezien beter zou zijn. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar bij vaccinatiegedrag. Hierbij kunnen eerdere ervaringen van mensen met griepvaccinaties vaak leiden tot routinematige jaarlijkse herhalingen, of juist tot het nooit gebruik maken van een vaccinatie (Tsutsui et al., 2010).

Verliesaversie

Verliesaversie houdt in dat mensen een sterke neiging hebben om verliezen te vermijden. Dit weegt zelfs zwaarder dan het behalen van een winst die net zo groot is als het verlies. Dit fenomeen beïnvloedt beslissingen aanzienlijk. Zo betalen deelnemers bij sommige programma's om te stoppen met roken eerst een bepaald bedrag, dat ze alleen terugkrijgen als het ze lukt om te stoppen. Dit werkt vaak beter dan gewoon geld

geven als beloning, omdat het idee dat je je geld kunt verliezen mensen extra motiveert om echt te stoppen met roken (Romanowich & Lamb, 2013).

Tijdsinconsistentie

Tijdsinconsistentie staat ook wel bekend als overmatige verdiscontering van de toekomst. Bij deze bias verkiezen mensen onmiddellijke beloningen boven toekomstige voordelen. Deze neiging kan ertoe leiden dat ze keuzes maken die hun gezondheid op lange termijn schaden. Een voorbeeld is iemand die de voorkeur geeft aan ongezond voedsel dat nu goedkoper of lekkerder is, ondanks de bekende nadelige gevolgen van dat voedsel op de gezondheid op de langere termijn (Rice, 2013).

Beslissingsmoeheid

Beslissingsmoeheid treedt op na het nemen van veel beslissingen, wat mogelijk leidt tot slechtere keuzes door mentale uitputting. Adverteerders spelen hier bijvoorbeeld op in door impulsartikelen, zoals snoep, bij de kassa te plaatsen. Consumenten kunnen dan bezwijken aan vermoeidheid na het nemen van veel beslissingen in de winkel en zijn sneller geneigd tot zo'n impulsaankoop (Spears, 2011).

Cognitieve biases zorgen ervoor dat keuzes maken complex is. Dit geldt ook op het gebied van gezondheid en zorg, waar consumenten vaak worstelen met het interpreteren van complexe informatie te midden van een veelheid aan belangrijke keuzes. Beslissingen op het gebied van gezondheid en zorg kunnen soms onbedoelde negatieve gevolgen hebben. Dat is vooral het geval wanneer de gemaakte keuzes niet lijken te zijn afgestemd op de langetermijnbelangen van mensen, zoals het voortzetten van ongezonde gewoonten die op de lange termijn tot chronische ziekten kunnen leiden. Het feit dat individuele beslissingen vaak worden beïnvloed door psychologische factoren, wijst op de beperkingen van preventiemaatregelen die alleen vertrouwen op prijsprikkels en/of informatieverstrekking. Door preventiemaatregelen af te stemmen op hoe mensen daadwerkelijk keuzes maken, zoals door ze meer te personaliseren, kunnen ze mogelijk effectiever worden (Rice, 2013).

4 Achtergronden van gezondheidsverschillen

4.1 De invloed van de omgeving op de gezondheid

De gezondheid van mensen wordt ook bepaald door omgevingsfactoren. Omgevingsfactoren omvatten de fysieke, sociale en economische context waarin mensen wonen, werken en leren (Van den Akker-van Marle & Van Gestel, 2022). Ze beïnvloeden de individuele gezondheid en het individuele welzijn. De fysieke omgeving omvat factoren zoals luchtvervuiling, ingrediënten van levensmiddelen, waterkwaliteit, geluidsoverlast, kwaliteit van huisvesting en stadsplanning. De sociale omgeving bestaat bijvoorbeeld uit culturele normen, sociale netwerken, het gedrag van rolmodellen, sociale cohesie en inclusie binnen gemeenschappen. Onder de economische omgeving scharen we aspecten als onderwijs en ontwikkelkansen voor jonge kinderen, arbeidsomstandigheden, inkomensniveaus van mensen, productprijzen en belastingwetten (NFU, 2022).

De omgevingsfactoren hebben gezamenlijk een belangrijke invloed op de gezondheid, en vormen daarom een aandachtspunt in het preventie- en gezondheidsbeleid. Omgevingsfactoren kunnen slechts in beperkte mate door het individu zelf worden beïnvloed, terwijl ze een grote invloed hebben op de gezondheid en de keuzes van mensen. Gezondheid is niet alleen een individuele keuze, maar eerder het resultaat van een combinatie van individuele voorkeuren en de fysieke, economische en sociale omgeving waarin iemand leeft. De zorgsector alleen is niet voldoende om de volksgezondheid te bepalen. Gezondheid wordt immers grotendeels buiten de zorgsector beïnvloed (Hagenaars et al., 2021). Dit benadrukt het belang van breder gezondheidsbeleid dat meerdere sectoren omvat.

Ook invloeden vanuit de commerciële omgeving hebben een groot effect op de volksgezondheid. De invloeden vanuit de commerciële omgeving worden ook wel de commerciële determinanten van gezondheid genoemd (Hagenaars et al., 2024). Het gaat hier om bedrijven die op verschillende manieren de gezondheid beïnvloeden. Aan de ene kant kunnen deze invloeden positief zijn, zoals het vergroten van de beschikbaarheid van betaalbare sportmogelijkheden, het verwijderen van transvetten uit het voedselaanbod of een betere beschikbaarheid van essentiële geneesmiddelen (WHO, 2023b). De effecten op de volksgezondheid kunnen echter ook negatief zijn. Hoewel bedrijven meestal niet het doel hebben om negatieve gezondheidseffecten te veroorzaken, maken ongezonde producten en praktijken veel winst (Hagenaars & Mierau, 2024). Een van de manieren waarop dit gebeurt, is gerelateerd aan de cognitieve biases die in paragraaf 3.2 zijn besproken. Bedrijven kunnen biases namelijk uitbuiten om mensen te verleiden tot het maken van keuzes die vooral commerciële belangen dienen (Volpp & Asch, 2017).

Commerciële invloeden kunnen grote negatieve effecten hebben op zowel de fysieke als geestelijke gezondheid. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in supermarkten, waar ongezond voedsel een opvallende plek krijgt. Een ander voorbeeld is de keuze voor de locatie van horecagelegenheden als fastfoodzaken, zodat ze snel in het oog springen (NFU, 2022). Daarnaast kunnen bedrijven veel invloed hebben op de geestelijke gezondheid, vooral door dingen te promoten die verslavend kunnen zijn. Een voorbeeld is hoe sociale media werken. Hun algoritmes en de inhoud die ze tonen, zorgen ervoor dat mensen vaak en lang online willen blijven. Dit kan slecht zijn voor iemands geestelijke gezondheid en leiden tot meer depressie en angst, vooral bij jongvolwassenen (Naslund et al., 2020). Dit soort verslavend gedrag komt ook voor bij andere dingen zoals gokken of roken, waarbij bedrijven geld verdienen door producten te verkopen die verslavend en vaak schadelijk zijn (Scott Morton, 2021).

4.2 Gezondheidsverschillen

Aanhoudende of toenemende gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomische groepen vormen een uitdaging in onze samenleving. Hbo- en wo-opgeleide mensen leven langer en ervaren meer jaren in goede gezondheid dan hun leeftijdsgenoten die alleen de basisschool of het vmbo hebben afgerond. Er is sprake van een verschil van respectievelijk 13,3 en 14,8 jaar voor vrouwen en mannen (VZinfo, 2024c). Ook op het gebied van geestelijke gezondheid is er sprake van verschillen. Zo is er een verband tussen een lager inkomen en een slechtere geestelijke gezondheid (Knifton & Inglis, 2020). Ondanks verbeteringen in de volksgezondheid zijn gezondheidsverschillen in Nederland groter geworden, hoewel curatieve zorg universeel is en een ruime dekking heeft (WRR, 2018). Deze trend is ook zichtbaar in andere Europese landen, met name in de West-Europese welvaartsstaten (Mackenbach, 2017). Mensen ervaren deze verschillen over het algemeen als onrechtvaardig (Robson et al., 2024; Scholz, 2020).

Gezondheidsverschillen worden veroorzaakt door een combinatie van individuele keuzes en omgevingsfactoren, waarbij vooral omgevingsfactoren een groot deel van het verschil verklaren. De oorzaken van gezondheidsverschillen zijn divers en omvatten bijvoorbeeld inkomen, opleiding, arbeidsomstandigheden, huisvesting, de sociale omgeving van de buurt en vrijetijdsbesteding (Galama & Van Kippersluis, 2019). Deze oorzaken zijn niet alleen te verklaren door individuele keuzes. Dit is bijvoorbeeld te zien bij gezondheidsverschillen in chronische aandoeningen. Hierbij verklaart de leefomgeving, inclusief sociaaleconomische en geografische factoren, een groter deel van de gezondheidsverschillen dan individueel gedrag, zoals roken of alcoholgebruik (Kaveh et al., 2024). Dit suggereert dat beleid dat zich alleen richt op het aanpakken van ongezond gedrag waarschijnlijk onvoldoende is om significante verschillen in gezonde levensverwachting te overbruggen (Spinnewijn, 2024).

Gezondheidsverschillen tussen mensen zijn moeilijk om aan te pakken. In sociaaleconomisch achtergestelde buurten is de gezondheid van bewoners meestal slechter. Dat komt deels doordat een minder welvarende omgeving negatieve invloeden heeft op bewoners. Ook komt het deels doordat mensen met een lagere sociaaleconomische status vaker in deze gebieden wonen (Marmot, 2017). Bovendien hebben deze bewoners vaak te maken met beroeps- en gezondheidsrisico's. Dat versterkt de vicieuze cirkel tussen sociaaleconomische omstandigheden en gezondheid (Tsai et al., 2017). Als gevolg hiervan zijn gezondheidsproblemen vaak geconcentreerd binnen bepaalde bevolkingsgroepen. Dat maakt het moeilijk om gezondheidsverschillen te verminderen (Singer, 2009).

5 De rol van de overheid

Er zijn ten minste twee redenen die overheidsingrijpen in het bevorderen van gezondheid en preventie kunnen motiveren: marktfalen en menselijk falen. Overheidsingrijpen heeft vele doelen, waaronder het bevorderen van welvaart en het bevorderen van rechtvaardigheid. In dit hoofdstuk gaan we hier nader op in.

5.1 Redenen voor overheidsingrijpen

De overheid kan besluiten om in te grijpen als er sprake is van marktfalen, bijvoorbeeld bij ongewenste neveneffecten. Deze neveneffecten noemen we ook wel externaliteiten. Die verwijzen naar de effecten van individuele acties op anderen, zonder dat deze effecten worden weerspiegeld in de marktprijzen. Een voorbeeld is roken in het bijzijn van kinderen. Ouders denken misschien niet na over de schadelijke gevolgen voor hun kinderen, zoals gezondheidsproblemen. De overheid kan besluiten om in te grijpen, omdat de kosten van deze gezondheidsproblemen niet worden weerspiegeld in de prijs van sigaretten (Ter Weel et al., 2014). Dat kan bijvoorbeeld met speciale belastingen, ook wel Pigouviaanse belastingen genoemd (Bhattacharya et al., 2014b). Deze belastingen verhogen de kosten van het roken, wat de volledige sociale kosten van roken beter zou moeten weerspiegelen (Allcott et al., 2019).

Marktbeperkingen en onvoldoende informatie zijn andere voorbeelden van marktfalen die overheidsingrijpen kunnen motiveren. Bij marktbeperkingen hebben mensen vaak niet de mogelijkheid om de gewenste preventieve maatregelen te nemen. Een voorbeeld is dat kinderen uit arme gezinnen vaak minder toegang hebben tot sportactiviteiten, vanwege hoge kosten voor lidmaatschap of vervoersproblemen. Dit beperkt hun kansen om gezond en actief te blijven. Een mogelijke manier om deze marktbeperking aan te pakken is door gesubsidieerde sportprogramma's aan te bieden. Ook onvoldoende informatie, of informatieasymmetrie, leidt ertoe dat mensen verkeerde beslissingen nemen. Fabrikanten in de voedingssector weten bijvoorbeeld meer over de inhoud en mogelijke effecten van hun producten dan consumenten. Hierdoor kunnen consumenten ongezonder eten dan ze denken, bijvoorbeeld vanwege claims als 'vetarm' of 'natuurlijk'. De overheid kan bijvoorbeeld ingrijpen door strengere etiketteringsregels te maken, die fabrikanten verplichten duidelijke voedingsinformatie te geven en misleidende claims te vermijden.

Naast marktfalen is menselijk falen een andere reden voor overheidsingrijpen. Menselijk falen wordt ook wel internaliteiten genoemd. Hierbij gaat het om negatieve gevolgen van ongezond gedrag die door de persoon in kwestie onvoldoende worden overzien of overwogen en later tot spijt kunnen leiden (Van Kippersluis et al., 2024). Deze vormen van falen zijn gekoppeld aan de cognitieve biases die we in paragraaf 3.2 bespraken. Ze manifesteren zich vaak als een verschil tussen intenties en acties. Een voorbeeld van menselijk falen is tijdsinconsistent gedrag. Mensen nemen zich bijvoorbeeld voor om in de toekomst te stoppen met roken en/of meer te bewegen, maar blijven dit voornemen uitstellen. Het gevolg is dat de gewenste verandering van levensstijl uitblijft en dus ook de gewenste gezondheidswinst niet ontstaat. De overheid kan dit falen helpen beperken door beleid te ontwikkelen dat een verband legt tussen iemands huidige en toekomstige zelf. Dat kan bijvoorbeeld door financiële prikkels te bieden voor preventieve acties (Bhattacharya et al., 2014c). Daarbij kun je denken aan korting op een sportschoolabonnement of een beloning als je niet rookt. Zulke prikkels maken de onmiddellijke voordelen van gezonde acties zichtbaar en aantrekkelijker. Daardoor worden mensen aangemoedigd om eerder te beginnen met gedragsveranderingen.

5.2 Doelen van overheidsingrijpen

Een doel van overheidsingrijpen is het bevorderen van welvaart en het voorkomen of minimaliseren van welvaartsverlies. Markt- en menselijk falen leiden vaak tot welvaartsverlies. Dat uit zich in een kortere levensduur, verminderde levenskwaliteit, lagere arbeidsparticipatie of een lager inkomen. Als gevolg daarvan ervaren mensen minder welzijn dan ze zouden willen. Bovendien kan marktfalen een kloof veroorzaken tussen wat optimaal is voor het individu en wat optimaal is voor de samenleving als geheel. Individuele keuzes, zoals roken of vervuiling van de omgeving, kunnen ook anderen beïnvloeden, zonder dat de markt deze effecten corrigeert. Met andere woorden, de totale welvaart van een land is niet simpelweg de optelsom van de individuele welvaart van alle mensen (Bhattacharya et al., 2014b). Daarom is overheidsingrijpen vaak wenselijk om de totale welvaart van de samenleving te verbeteren (Coase, 1960; Pigou, 1920).

Een ander doel van overheidsingrijpen is het bevorderen van rechtvaardigheid. Overheidsingrijpen wordt ook vaak gemotiveerd vanuit het perspectief van rechtvaardige verdeling van goederen, wat ook van toepassing is op gezondheid. Het is echter niet vanzelfsprekend dat gezondheidsbevorderend beleid ook leidt tot meer gelijkheid (WHO, 2013). Bij het nastreven van rechtvaardigheid ligt de uitdaging in het tegelijkertijd verminderen van ongelijkheid en het bevorderen van gezondheid in de hele bevolking (Marmot, 2017). Zelfs wanneer iedereen verstandige keuzes zou maken, kan de samenleving de overblijvende verschillen in uitkomsten als onwenselijk beschouwen. Wanneer er een maatschappelijke voorkeur bestaat voor meer gelijkheid, kan overheidsingrijpen hierbij helpen (Ter Weel et al., 2014).

Het opnemen van rechtvaardigheidsoverwegingen in gezondheidsbeleid is ingewikkeld, maar wel noodzakelijk. Een mogelijke benadering van gezondheidsverschillen is het om onderscheid te maken tussen twee typen ongelijkheid: ongelijkheden die voortkomen uit omstandigheden versus ongelijkheden die het gevolg zijn van ongelijke inspanningen. Het eerste type moet zoveel mogelijk worden voorkomen, terwijl het tweede als redelijk kan worden beschouwd (Rawls, 1971). Werkelijke controle over inspanningen en keuzes wordt echter beïnvloed door externe factoren en omstandigheden, zoals we bespraken in paragraaf 4.1 (Fleurbaey & Schokkaert, 2012). Het is daarom ingewikkeld om rechtvaardige afwegingen te maken rond gezondheidsongelijkheid. Daarnaast is er een fundamenteel verschil tussen gezondheid en andere willekeurige goederen: gezondheid is niet overdraagbaar. De overheid kan geld bijvoorbeeld herverdelen via belastingen, maar dat is bij gezondheid niet mogelijk (WRR, 2018). Dit fundamentele verschil benadrukt het belang van overheidsingrijpen om tot een rechtvaardige verdeling van gezondheidsuitkomsten te komen. En juist omdat gezondheidsverschillen onmogelijk achteraf te verhelpen zijn, krijgt preventie de belangrijke rol om ze vooraf te voorkomen.

5.3 Overheidsfalen

Overheidsingrijpen lost niet altijd de problemen op die het probeert aan te pakken. Overheidsingrijpen om welvaart en rechtvaardigheid te bevorderen gebeurt vaak als reactie op markt- en menselijk falen. Overheidsingrijpen is succesvol wanneer de sociale baten van het ingrijpen groter zijn dan de sociale kosten. We spreken van 'overheidsfalen' wanneer de kosten van overheidsingrijpen hoger zijn dan de baten. Ruimer bekeken omvat overheidsfalen alle vormen van marktfalen die niet door de overheid worden gecorrigeerd, inclusief nieuwe problemen die kunnen ontstaan als gevolg van overheidsingrijpen (Kalshoven & Verbraak, 2018). Hieronder vallen ook situaties waarin overheidsingrijpen leidt tot minder optimale uitkomsten dan wanneer de markt onafhankelijk zou functioneren (Krueger, 1990). Zo leidde het advies van de overheid om vetarm te eten in de jaren zeventig in de Verenigde Staten mogelijk tot meer obesitas en diabetes door een hogere consumptie van suiker en koolhydraten (La Berge, 2008).

De zoektocht naar een optimale balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen is complex en hangt af van veranderlijke maatschappelijke normen en waarden. Zowel de markt als de overheid kunnen collectieve uitkomsten beïnvloeden, maar geen van beide is perfect. Het navigeren tussen markt- en overheidsfalen vereist aanzienlijke stuurmanskunst (Schut, 2003). In een ideale wereld, met gelijke omstandigheden waarbij iedereen over alle informatie beschikt, zou de rol van de overheid wellicht minimaal zijn. In de realiteit, waar imperfecties en asymmetrische informatie de norm zijn, blijft de noodzaak voor een proactieve overheidsrol bestaan (Ter Weel et al., 2014).

Dit dilemma van balanceren tussen markt- en overheidsfalen is ook relevant voor gezondheids- en preventiebeleid. Binnen het gezondheids- en preventiebeleid kan overheidsingrijpen verschillende vormen aannemen, zoals voorlichtingscampagnes, regulering, financiële prikkels of compensatie. Maar elke vorm van overheidsingrijpen heeft een prijs. Dit kan te maken hebben met directe kosten, zoals uitgaven van de overheid, of indirecte kosten, zoals misgelopen belastinginkomsten en beperking van individuele vrijheid (Ter Weel et al., 2014). Daarom is het belangrijk om voortdurend zorgvuldige afwegingen te maken bij overheidsingrijpen, om een balans te vinden tussen effectiviteit en de kosten voor de samenleving.

Is preventie (te) paternalistisch?

Preventiebeleid wordt soms bekritiseerd als (te) betuttelend, oftewel paternalistisch. Paternalisme is wanneer iemand beslissingen voor anderen neemt met het doel hun welzijn te bevorderen, vaak zonder hun instemming. Op paternalisme bestaat kritiek. Bijvoorbeeld dat het gebaseerd is op de aanname dat beleidsmakers weten wat het best is voor iedereen (Thaler & Sunstein, 2008). Mensen verschillen echter qua leven, voorkeuren en kenmerken (Hausman, 2007). Voor een alleenstaande ouder met een krap budget kan de keuze voor een goedkope en snel te bereiden frikandel na een lange werkdag bijvoorbeeld een noodzakelijke en rationele beslissing zijn ('S Jongers, 2024). Dit illustreert de complexiteit van de afwegingen waar de overheid voor staat: moet zij ingrijpen in individuele gezondheidskeuzes, zelfs als deze keuzes rationeel zijn gegeven de persoonlijke en economische omstandigheden van burgers (Haverkamp & Verweij, 2022)?

Bij de vraag of het preventiebeleid (te) paternalistisch is, is het belangrijk om te erkennen dat commerciële bedrijven ook de keuzes van individuen beïnvloeden. Dat doen ze met strategieën die niet altijd in het belang van de consument zijn, maar vaak gericht zijn op winstmaximalisatie. Consumenten worden gemanipuleerd door factoren als aantrekkelijke verpakkingen en merkherkenning, die hun aankoopbeslissingen sturen zonder dat zij het beseffen (Santandreu, 2020). Om de invloed van commerciële strategieën tegen te gaan, is overheidsingrijpen dat zich richt op maatschappelijk welzijn niet alleen gerechtvaardigd, maar vaak ook onmisbaar. Dit helpt om de belangen van consumenten adequaat te beschermen.

Wanneer de overheid beslist om in te grijpen, kan ze ervoor kiezen om voornamelijk gelijke kansen te creëren. Daarbij zijn mensen vrij om al dan niet van deze kansen te profiteren, zonder dat de overheid specifieke resultaten afdwingt. Deze benadering kan worden gezien als minder paternalistisch, omdat deze zowel persoonlijke autonomie respecteert als eerlijkheid bevordert. Hieraan gekoppeld is het gebruik van *nudges*: subtiele sturingen in het ontwerp van keuzesituaties. Een voorbeeld is om gezond voedsel op ooghoogte in de kantine te plaatsen, waardoor gezondere keuzes subtiel worden aangemoedigd zonder de ongezonde opties te elimineren. Zulke initiatieven kunnen het welzijn van burgers bevorderen zonder hun keuzevrijheid te beperken (Thaler & Sunstein, 2008).

Bij het beslissen welke vormen van overheidsingrijpen gerechtvaardigd zijn, is het belangrijk om ook oog te hebben voor de mate van paternalisme die mensen passend vinden (Wilson, 2011). Daarom is het nodig om een weloverwogen balans te vinden tussen paternalistische begeleiding en respect voor individuele autonomie (Thaler & Sunstein, 2008).

6 De complexiteit van preventie- en gezondheidsbeleid

Algemeen wordt erkend dat voorkomen beter is dan genezen, maar het implementeren van effectief preventiebeleid blijft een uitdaging. Zowel binnen de zorgsector als op andere beleidsterreinen wordt preventiebeleid gevoerd. In de zorgsector stuit preventiebeleid echter op specifieke obstakels die een bredere implementatie ervan belemmeren. Als gevolg hiervan zijn de uitgaven aan preventie in Nederland relatief laag, en staan ze in schril contrast met de totale uitgaven aan gezondheidszorg (Van Gils, 2020). In 2019 werd bijvoorbeeld gemiddeld ongeveer 20 euro per inwoner uitgegeven aan gezondheidsbevordering, terwijl de uitgaven voor medische en langdurige zorg ongeveer 5.000 euro per inwoner bedroegen (Oosterhoff et al., 2021). Het is echter belangrijk om te onthouden dat preventie ook veel buiten de zorgsector gebeurt, met extra investeringen via andere kanalen dan alleen de gezondheidszorg.

Zowel bedrijven als individuen hebben een voorkeur voor curatie boven preventie op het gebied van zorg. Voor bedrijven is de ontwikkeling van curatieve behandelingsproducten vaak lucratiever dan die van preventieve producten. Daar zijn verschillende redenen voor. Ten eerste is de ontwikkeling van behandelingsproducten eenvoudiger: om de effectiviteit van een preventieproduct aan te tonen, zijn langere en complexere onderzoeken nodig dan voor een behandelingsproduct (Newhouse, 2021). Daarnaast zijn financiële winsten meestal groter en zekerder voor behandelingsproducten dan voor preventie, deels als gevolg van marktprikkels en vraagstructuur (Kremer & Snyder, 2015). De voorkeur voor curatie bestaat ook op individueel niveau. Mensen hechten bijvoorbeeld meer waarde aan gezondheidsverbeteringen wanneer ze ernstig ziek zijn (Bauer et al., 2025). Dit verklaart deels waarom individuen vaak niet expliciet om preventie vragen (Van der Heijden et al., 2022).

Curatie en preventie krijgen ongelijke steun in de zorg, ondanks hun gemeenschappelijke doel om de gezondheid te bevorderen. Patiënten hebben bijvoorbeeld recht op curatieve behandelingen en ze hebben relatief snel toegang tot nieuwe behandelmethoden. Budgetten voor curatieve zorg liggen meestal vast en groeien in de tijd, wat bijdraagt aan financiële stabiliteit. Preventie daarentegen heeft geen vaste en groeiende budgetten. Bovendien zorgt het huidige begrotingskader ervoor dat preventie moet concurreren met curatieve zorg voor dezelfde overheidsfinanciering (Bishai et al., 2014). Een extra complicatie zijn de verschillende eisen aan curatie en preventie: van preventie wordt verwacht dat het kosten bespaart, terwijl die verwachting er niet is voor curatie (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde [KNMT], 2024). Deze ongelijke eisen roepen de vraag op of het rechtvaardig is dat curatie en preventie niet gelijk gewaardeerd en ondersteund worden.

Het toepassen van preventiemaatregelen op grote schaal is ook lastig, voornamelijk vanwege het feit dat iedereen anders is. Mensen hebben verschillende persoonlijkheden en bevinden zich in verschillende stadia van gedragsverandering. Bovendien verschilt per persoon de invloed van cognitieve biases op hun keuzes. Dit betekent dat wat werkt voor de een, niet altijd werkt voor de ander. Alle mensen hebben bijvoorbeeld hun eigen voorkeuren als het gaat om de manier waarop ze gezonder gedrag willen aannemen (Bastiaans & Van Kippersluis, 2017). Ook leeftijd en hoe iemand omgaat met risico's spelen een rol in hoe effectief een maatregel is (Newhouse, 2021). Daarnaast kunnen persoonlijke overtuigingen botsen met aanbevolen preventieve acties. Daardoor kunnen mensen bijvoorbeeld verschillen in hun acceptatie van overheidsingrijpen, wat de situatie nog ingewikkelder maakt (NFU, 2022). Hoewel we steeds meer begrijpen over wat werkt bij preventie, valt er nog veel te leren over hoe we deze kennis praktisch kunnen toepassen op een manier die voor iedereen werkt (Hagenaars et al., 2021).

De financiering van het preventiebeleid vormt een extra uitdaging. Voor preventiemaatregelen zijn vaak initiële investeringen nodig. Deze leveren vaak onzekere opbrengsten op, die bovendien pas op langere termijn zichtbaar worden. Het is ook niet eenvoudig om te bepalen welke effecten direct toe te schrijven zijn aan maatregelen. Dat leidt tot onzekerheid over de causaliteit en de werkelijke impact van zulke ingrepen (Heijink et al., 2022). Daarnaast speelt ook het ‘*wrong pocket problem*’ een rol (SER, 2023). Dit betekent dat de kosten van preventieve maatregelen vaak bij de ene partij terechtkomen, terwijl de baten bij andere partijen terechtkomen, waarbij de begunstigden soms niet direct aanwijsbaar zijn (NFU, 2022).

Samengevat vereist effectief preventiebeleid regie van de overheid. Om het succes van preventiebeleid te bevorderen, is een gestructureerde aanpak nodig. Hierbij zijn er diverse aandachtspunten. Zo moet er aandacht zijn voor het geheel aan kosten en baten, zowel financieel als op andere gebieden. Hierbij is ook aandacht nodig voor bredere effecten van preventiebeleid, zoals het effect op gezondheidsverschillen of verdelingseffecten. Ook is er behoefte aan een goede methode om de effectiviteit van preventiebeleid te beoordelen (Polder et al., 2023). Daarnaast is structurele samenwerking tussen beleidsdomeinen essentieel om tot een integrale benadering van gezondheid te komen. Gezondheid wordt immers niet alleen beïnvloed binnen de gezondheidszorg, maar ook binnen andere sectoren, en door commerciële, omgevings- en genetische factoren (Hagenaars, 2024). De overheid kan hierbij een cruciale rol spelen door regie te voeren.

Referenties

- Aalbers, R., & Roos, A.-F. (2022). *Zorguitgaven, ons een zorg?* Centraal Planbureau.
- Allcott, H., Lockwood, B. B., & Taubinsky, D. (2019). Should we tax sugar-sweetened beverages? An overview of theory and evidence. *Journal of Economic Perspectives*, 33(3), 202–227. <https://doi.org/10.1257/jep.33.3.202>
- Bastiaans, M., & Van Kippersluis, H. (2017). Prikkel voor gezond gedrag: een overzicht van theoretische kaders. *TPEdigitaal*, 11(2), 6–21.
- Bauer, D., Lakdawalla, D., & Reif, J. (2025). *Health risk and the value of life* [Working Paper]. Geraadpleegd op 22 januari 2025, van <https://julianreif.com/research/reif.wp.healthrisk.pdf>
- Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2014a). Demand for health: the Grossman model. In J. Bhattacharya, T. Hyde, & P. Tu (Reds.), *Health economics* (pp. 28–50). Bloomsbury Publishing.
- Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2014b). The economics of health externalities. In J. Bhattacharya, T. Hyde, & P. Tu (Reds.), *Health economics* (pp. 428–448). Bloomsbury Publishing.
- Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2014c). Time inconsistency and health. In J. Bhattacharya, T. Hyde, & P. Tu (Reds.), *Health economics* (pp. 525–545). Bloomsbury Publishing.
- Bishai, D., Pains, L., Li, Q., Peters, D. H., & Hyder, A. A. (2014). Advancing the application of systems thinking in health: why cure crowds out prevention. *Health Research Policy and Systems*, 12, 28. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-28>
- Bloom, D. E., Canning, D., Kotschy, R., Prettner, K., & Schünemann, J. (2024). Health and economic growth: Reconciling the micro and macro evidence. *World Development*, 178, 106575. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2024.106575>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021, 25 augustus). *Tevredenheid met gewicht 2015-2020*. Geraadpleegd op 27 augustus 2024, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2021/34/tevredeheid-met-gewicht-2015-2020>
- Coase, R. H. (1960). The problem of social cost. *Journal of Law and Economics*, 3, 1–44. <https://doi.org/10.1086/466560>
- Evans, R. G. (1974). Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications. In M. Perlman (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care* (pp. 162–173). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-1-349-63660-0_10
- Fleurbaey, M., & Schokkaert, E. (2012). Equity in health and health care. In M. V. Pauly, T. G. McGuire, & P. P. Barros (Reds.), *Handbook of health economics, Volume 2* (pp. 1003–1086). North Holland.
- Galama, T. J., & Van Kippersluis, H. (2019). A theory of socio-economic disparities in health over the life cycle. *Economic Journal*, 129(617), 338–374. <https://doi.org/10.1111/ecej.12577>
- Gilmore, A. B., Fabbri, A., Baum, F., Bertscher, A., Bondy, K., Chang, H. J., Demaio, S., Erzse, A., Freudenberg, N., Friel, S., Hofman, K. J., Johns, P., Abdool Karim, S., Lacy-Nichols, J., De Carvalho, C. M. P.,

- Marten, R., McKee, M., Petticrew, M., Robertson, L., Tangcharoensathien, V., & Thow, A. M. (2023). Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*, 401(10383), 1194–1213. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2)
- Grootjans-van Kampen, I., Engelfriet, P. M., & Van Baal, P. H. (2014). Disease prevention: Saving lives or reducing health care costs? *PLOS ONE*, 9(8), e104469. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104469>
- Grossman, M. (1972). *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/gros17900>
- Hagenaars, L., & Mierau, J. (2024). Stel als overheid grenzen aan verdienmodellen die de volksgezondheid schaden. *ESB*, 109(4839), 496–499.
- Hagenaars, L., Boulogne, F., Van Oers, H., Baan, C., & Garretsen, H. (2021). Kennisagenda samen gezond leven: hoe dan? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 100, 9–13. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00325-8>
- Hagenaars, L. L., Maani, N., & Schmidt, L. A. (2024). Is the commercial determinants conversation confined to the health sciences? Potentially, and that's a problem. *Globalization and Health*, 20(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12992-023-00989-8>
- Hall, R. E., & Jones, C. I. (2007). The value of life and the rise in health spending. *Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 39–72. <https://doi.org/10.1162/qjec.122.1.39>
- Hausman, D. M. (2007). What's wrong with health inequalities? *Journal of Political Philosophy*, 15(1), 46–66. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9760.2007.00270.x>
- Haverkamp, B., & Verweij, M. (2022). Morele dilemma's rond gelijke kansen op gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 100, 156–162. <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00370-x>
- Heijink, R., Vonk, R., & Bussemaker, J. (2022). Preventiebeleid: Van individuele leefstijl naar sociale leefomgeving. Noodzakelijke uitdaging voor beleidsmakers en gezondheidseconomen. *VGE bulletin*, 39(1), 3–6.
- Hoogendoorn, M., Galekop, M., & Van Baal, P. (2023). The lifetime health and economic burden of obesity in five European countries: What is the potential impact of prevention? *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 25(8), 2351–2361. <https://doi.org/10.1111/dom.15116>
- Kalshoven, F., & Verbraak, M. (2018). *Wat veroorzaakt overheidsfalen? Naar een rijker beeld van overheidshandelen*. Geraadpleegd op 5 december 2024, van <https://www.argumentenfabriek.nl/media/2945/overheidsfalentotaal.pdf>
- Kamerstukken II, 32793, nr. 712. (2024, 17 januari). Geraadpleegd op 22 januari 2025, van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2024Zoo467&did=2024Do1149
- Kaveh, D., Kolstad, J. T., Parker, W. D., & Spinnewijn, J. (2024). The Chronic Disease Index: Analyzing health inequalities over the lifecycle. *NBER Working Paper*, 32577. <https://doi.org/10.3386/w32577>
- Knifton, L., & Inglis, G. (2020). Poverty and mental health: policy, practice and research implications. *BJPsych Bulletin*, 44(5), 193–196. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.78>

- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. (2024, 6 november). Prof. dr. Ardine de Wit: "De winst die preventie kan opleveren wordt ondergewaardeerd." Geraadpleegd op 12 december 2024, van <https://knmt.nl/nieuws/prof-dr-ardine-de-wit-de-winst-die-preventie-kan-opleveren-wordt-ondergewaardeerd>
- Kremer, M., & Snyder, C. M. (2015). Preventives versus treatments. *Quarterly Journal of Economics*, 130(3), 1167–1239. <https://doi.org/10.1093/qje/qjv012>
- Krueger, A. O. (1990). Government failures in development. *Journal of Economic Perspectives*, 4(3), 9–23. <https://doi.org/10.1257/jep.4.3.9>
- La Berge, A. F. (2008). How the ideology of low fat conquered America. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 63(2), 139–177. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrn001>
- Loewenstein, G., & O'Donoghue, T. (2004). Animal spirits: Affective and deliberative processes in economic behavior [Paper]. SSRN. <https://doi.org/10.2139/ssrn.539843>
- Mackenbach, J. P. (2017). Persistence of social inequalities in modern welfare states: Explanation of a paradox. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(2), 113–120. <https://doi.org/10.1177/1403494816683878>
- Mackenbach, J. P., & Stronks, K. (2002). A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *BMJ*, 325(7371), 1029–1032. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7371.1029>
- Manders, T., Thewissen, S., & Timmer, M. (2022). *Brede welvaart: het CPB voorbij het bbp*. Centraal Planbureau.
- Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, 32(7), 537–546. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0286-3>
- Meerding, W. J., Polder, J. J., De Hollander, A. E. M., & Mackenbach, J. P. (2007). *Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why having too little means so much*. Macmillan.
- Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126(2), 247–259. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.2.247>
- Naslund, J. A., Bondre, A., Torous, J., & Aschbrenner, K. A. (2020). Social Media and Mental Health: Benefits, Risks, and Opportunities for Research and Practice. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 5(3), 245–257. <https://doi.org/10.1007/s41347-020-00134-x>
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. (2020). *Kennisagenda Preventie*. Geraadpleegd op 19 november 2024, van https://www.nfu.nl/sites/default/files/2020-08/18.2849_NFU_Kennisagenda_Preventie_def.online.pdf
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. (2022). *Preventie: Wat is het, en hoe benutten we het optimaal?* Geraadpleegd op 19 november 2024, van https://www.nfu.nl/sites/default/files/2022-07/22.01619_NFU_paper_preventie%27wat%20is%20het%20en%20hoe%20benutten%20we%20het%20optimaal%27.pdf
- Newhouse, J. P. (2021). An ounce of prevention. *Journal of Economic Perspectives*, 35(2), 101–118. <https://doi.org/10.1257/jep.35.2.101>

- Nussbaum, M. C., & Sen, A. (1993). *The quality of life*. Oxford University Press.
- Oosterhoff, M., van Leerdam, J., Suijkerbuijk, A., & Polder, J. (2021). *Landelijke en lokale uitgaven aan gezondheidsbevordering: een nulmeting*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 6 februari 2025, van <https://www.rivm.nl/publicaties/landelijke-en-lokale-uitgaven-aan-gezondheidsbevordering-nulmeting>
- Pallesen, A. V. J., Mierau, J. O., Christensen, F. K., & Mortensen, L. H. (2024). Educational and income inequalities across diseases in Denmark: A register-based cohort study. *The Lancet Public Health*, 9(10), e728–e738. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00128-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00128-2)
- Pigou, A. C. (1920). *The economics of welfare*. Macmillan and Co.
- Polder, J. J., Hoekstra, J., & Vonk, R. A. A. (2020). *Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 2: maatschappelijke baten*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Polder, J. J., Van Exel, J., Kahlman, J., Knies, S., Mierau, J., Vermeulen, W., De Wit, A., Wouterse, B., & Rotteveel, A. (2023). *Preventie op waarde schatten: Advies technische werkgroep kosten en baten van preventie* [Advies in opdracht van het Kennisplatform Preventie, ZonMV Preventie]. Ministerie van Algemene Zaken. Geraadpleegd op 12 december 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/01/17/preventie-op-waarde-schatten-advies-technische-werkgroep-kosten-baten-preventie>
- Polimeni, J. M., Mayumi, K., & Giampietro, M. (2008). *The Jevons paradox and the myth of resource efficiency improvements*. Edward Elgar Publishing.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2023). *Op onze gezondheid. De noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg*.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Harvard University Press.
- Reeves, A., Basu, S., McKee, M., Meissner, C., & Stuckler, D. (2013). Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Globalization and Health*, 9, 43. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-43>
- Rice, T. (2013). The behavioral economics of health and health care. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 431–447. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114353>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2010). *Maatschappelijke baten: Deelrapport van de VTV 2010 - Van gezond naar beter*.
- Robson, M., O'Donnell, O., & Van Ourti, T. (2024). Aversion to health inequality - Pure, income-related and income-caused. *Journal of Health Economics*, 94, 102856. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2024.102856>
- Romanowich, P., & Lamb, R. J. (2013). The effect of framing incentives as either losses or gains with contingency management for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 38(4), 2084–2088. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.007>

- Russell, L. B. (2011). Prevention vs. cure: An economist's perspective on the right balance. In H. S. Faust & P. T. Menzel (Eds.), *Prevention vs. treatment: What's the right balance?* (pp. 45–58). Oxford University Press.
- 'S Jongers, T. (2024). *Armoede uitgelegd aan mensen met geld*. De Correspondent.
- Santandreu, M. (2020, 9 september). How marketing unconsciously manipulates what we buy. *Psychology Today*. Geraadpleegd op 19 september 2024 van <https://www.psychologytoday.com/us/blog/supersurvivors/202009/how-marketing-unconsciously-manipulates-what-we-buy>
- Scholz, N. (2020). *Addressing health inequalities in the European Union: Concepts, action, state of play*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2861/567478>
- Schut, F. T. (2003). *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg* [Oratie]. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Scott Morton, F. (2021, 8 juni). *Social media is addictive. Do regulators need to step in?* Yale School of Management. Geraadpleegd op 3 maart 2025, van <https://insights.som.yale.edu/insights/social-media-is-addictive-do-regulators-need-to-step-in>
- Shiv, B., & Fedorikhin, A. (1999). Heart and mind in conflict: The interplay of affect and cognition in consumer decision making. *Journal of Consumer Research*, 26(3), 278–292. <https://doi.org/10.1086/209563>
- Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health*. John Wiley & Sons.
- Singh, V., Kumar, A., & Gupta, S. (2022). Mental health prevention and promotion—a narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 898009. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.898009>
- Sociaal-Economische Raad. (2023). *Gezond opgroeien, wonen en werken: Naar een structurele gezondheidsaanpak en bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen*.
- Spears, D. (2011). Economic decision-making in poverty depletes behavioral control. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*, 11(1). <https://doi.org/10.2202/1935-1682.2973>
- Spinnewijn, J. (2024). Arme mensen verouderen sneller door hun omgeving. *ESB*, 109(4839), 494–495.
- Spinnewijn, J., Parker, W. D., Danesh, K., & Kolstad, J. (2024). *The Chronic Disease Index: Analyzing health inequalities over the lifecycle* (CEPR Discussion Paper No. 19160). Centre for Economic Policy Research.
- Stoeldraijer, L. (2020, 25 september). Sterfte en levensverwachting in de 21ste eeuw: Waarom veranderde de trend rond 2012? *Centraal Bureau voor de Statistiek*.
- Ter Weel, B., Van Erp, F., Van der Horst, A., & Prevo, T. (2014). *Onderzoek naar economische mechanismen van ontwikkeling menselijk kapitaal en de rol van gezondheidspreventie*. Centraal Planbureau.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press.

- Tsai, A. C., Mendenhall, E., Trostle, J. A., & Kawachi, I. (2017). Co-occurring epidemics, syndemics, and population health. *The Lancet*, 389(10072), 978–982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30403-8)
- Tsutsui, Y., Benzion, U., Shahrabani, S., & Din, G. Y. (2010). A policy to promote influenza vaccination: A behavioral economic approach. *Health Policy*, 97(2–3), 238–249. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.008>
- Van den Akker-van Marle, E., & Van Gestel, R. (Eds.). (2022). Thema: Gezondheidseconomie & preventie. *VGE bulletin*, 39(1).
- Van der Heijden, E. J. E., De Bekker, P. J. G. M., Tjoa, M. W., & Stronks, K. (2022). Meer preventie in het zorgstelsel? Erken de noodzaak van een programmatische aanpak. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 166, D6644, 3–7.
- Van der Horst, A., & De Jong, J. (2013). Leefstijl en preventie. In C. Van Ewijk, A. Van der Horst, & P. Besseling (Eds.), *Toekomst voor de zorg* (pp. 154–173). Centraal Planbureau.
- Van Ewijk, C., Van der Horst, A., & Besseling, P. (2013). *Toekomst voor de zorg*. Centraal Planbureau.
- Van Gils, P. F., Suijkerbuijk, A. W. M., Polder, J. J., De Wit, G. A., & Koopmanschap, M. (2020). Nederlandse preventie-uitgaven onder de loep. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 98(2), 92–96. <https://doi.org/10.1007/s12508-020-00258-8>
- Van Kippersluis, H., Dens, N., Granic, G., Lipman, S., Rohde, K., & Oude Groeninger, J. (2024). Stuur bij preventief gezondheidsbeleid ook op de context. *ESB*, 109(4839), 487–490.
- Varkevisser, M. (2019). Hand in hand: Op zoek naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen in de gezondheidszorg. *TPedigitaal*, 13(3), 56–69.
- Volpp, K. G., & Asch, D. A. (2017). Make the healthy choice the easy choice: Using behavioral economics to advance a culture of health. *QJM: An International Journal of Medicine*, 110(5), 271–275. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw190>
- VZinfo. (2024a, 13 juni). *Levensverwachting: Leeftijd en geslacht*. Geraadpleegd op 15 november 2024, van <https://www.vzinfo.nl/levensverwachting/leeftijd-en-geslacht>
- VZinfo. (2024b, 4 november). *Ranglijsten: Wat zijn de belangrijkste doodsoorzaken?* Geraadpleegd op 15 november 2024, van <https://www.vzinfo.nl/ranglijsten/sterfte>
- VZinfo. (2024c, 1 november). *Gezonde levensverwachting: Opleiding*. Geraadpleegd op 1 november 2024, van <https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/opleiding>
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2017). *Weten is nog geen doen: Een realistisch perspectief op zelfredzaamheid*.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2018). *Van verschil naar potentieel: Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*.
- Wilson, J. (2011). Why it's time to stop worrying about paternalism in health policy. *Public Health Ethics*, 4(3), 269–279. <https://doi.org/10.1093/phe/phr028>

- World Health Organization. (z.d.). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization. Geraadpleegd op 19 november 2024, van <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2013). *The economics of social determinants of health and health inequalities: A resource book* (Vol. 3700). World Health Organization. Geraadpleegd op 5 december 2024, van https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/84213/9789241548625_eng.pdf
- World Health Organization. (2023a, 16 september). *Noncommunicable diseases*. World Health Organization. Geraadpleegd op 19 november 2024, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2023b, 6 september). *Commercial determinants of health*. World Health Organization. Geraadpleegd op 3 maart 2025, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
- Wouterse, B., Meijboom, B. R., & Polder, J. J. (2011). The relationship between baseline health and longitudinal costs of hospital use. *Health Economics*, 20(8), 985–1008. <https://doi.org/10.1002/hec.1664>
- Wouterse, B., Huisman, M., Meijboom, B. R., Deeg, D. J., & Polder, J. J. (2013). Modeling the relationship between health and health care expenditures using a latent Markov model. *Journal of Health Economics*, 32(2), 423–439. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.11.005>
- Yong, P., Saunders, R. & Olsen, L. (Eds.) (2010). *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. Institute of Medicine (US) Roundtable on Evidence-Based Medicine. Geraadpleegd op 12 december 2024, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53914/>
- Zorginstituut Nederland. (2023). *Preventie in de Zvw opnieuw ontleed*. Geraadpleegd op 19 november 2024, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2023/05/01/rapport---preventie-in-de-zorgverzekeringwet-opnieuw-ontleed>