

University of Groningen

Gezondheidsbeleid vraagt om een geïntegreerde aanpak

Hendriks, Aart; Sijmons, Jaap; Toebes, Brigit

Published in:
 Nederlands Juristenblad NJB

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2022

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Hendriks, A., Sijmons, J., & Toebes, B. (2022). Gezondheidsbeleid vraagt om een geïntegreerde aanpak: Het onderscheid tussen preventie en curatieve zorg behoeft heroverweging. *Nederlands Juristenblad NJB*, 2022(11), 824-829. [NJB 2022/688].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Gezondheidsbeleid vraagt om een geïntegreerde aanpak

Het onderscheid tussen preventie en curatieve zorg behoeft heroverweging

Aart Hendriks, Jaap Sijmons & Brigit Toebes¹

De Nederlandse overheid neemt diverse maatregelen op het terrein van preventie. Het vergoeden van curatieve zorg laat zij over aan met elkaar concurrerende particuliere zorgverzekeraars. Deze scheiding van taken is niet effectief en draagt niet bij aan het hoogst haalbare niveau van gezondheid. Maar hoe moet het dan wel?

Voortbouwend op het internationaal en grondwettelijk erkende recht op gezondheid onderzoeken de auteurs in deze bijdrage een aantal oplossingsrichtingen. Daarbij gaan ze ervan uit dat de bestaande – ook wettelijke – scheiding tussen preventie en curatieve zorg achterhaald is.

1. Inleiding

Gezondheid is een groot goed. Dat spreekt ook uit het op 15 december 2021 gepresenteerde coalitieakkoord 2021-2025 van het kabinet Rutte IV.² Het belang dat we aan gezondheid toekennen betekent niet dat een goede gezondheid voor iedereen is weggelegd. Gezondheid wordt immers bepaald door een combinatie van factoren. Denk bijvoorbeeld aan leefstijl, erfelijkheid en sociaaleconomische omstandigheden, zoals de condities waaronder wij worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden.³ In Nederland nemen de gezondheidsverschillen alleen maar toe.⁴ Hoogopgeleide mensen en personen met een hoog inkomen hebben gemiddeld de meeste gezonde levensjaren. Daarentegen ervaren laagopgeleiden het vaakst onderliggende gezondheidsproblemen, zoals chronische aandoeningen en fysieke of mentale gezondheidsklachten.⁵ Er is sprake van een sterke stijging van het aantal personen met overgewicht (obesitas). De verwachting is dat in 2040 62% van de bevolking overgewicht heeft.⁶ Deze en andere omstandigheden leiden vroeg of laat tot een stijging van het beroep op de curatieve zorg, met – los van de gezondheidslast voor de betrokkenen – alle kosten van dien. Maar deze toenemende gezondheidsverschillen roepen natuurlijk ook grondrechtelijke vragen op.

In het licht van deze achtergrond willen we in deze bijdrage bezien wat de rol is van de overheid bij het bevorderen van het hoogst mogelijke niveau van gezondheid.

Wij doen dat vanuit het internationaal en grondwettelijk erkende recht op gezondheid (par. 2). Wij menen dat dit recht door de Nederlandse overheid niet geheel juist is uitgewerkt (par. 3). Sterker, de thans bestaande scheiding tussen preventie en curatieve zorg vraagt om herziening om maximale gezondheidswinst te behalen (par. 4). Wij zullen daarom verkennen hoe het gezondheidsbeleid van de overheid op meer geïntegreerde wijze kan plaatsvinden (par. 5). We sluiten deze analyse af met enkele conclusies (par. 6). Bij dit alles realiseren wij ons dat veel determinanten van gezondheid, zoals schone lucht en een gezonde leefomgeving, buiten het terrein van de gezondheidszorg liggen. Dat mag geen reden zijn om kritisch te kijken naar ons stelsel van gezondheid.

2. Recht op gezondheid als uitgangspunt

Gezondheid vormt al jarenlang een beleidsprioriteit. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de financiële middelen die de overheid besteedt aan de zorg. Volgens de Miljoenennota van het kabinet Rutte IV bedragen de uitgaven voor zorg in 2022 € 88,398 miljard op jaarbasis. Daarmee is de zorgbijdrage de grootste uitgavenpost van onze overheid.⁷

Het bevorderen en beschermen van ieders gezondheid was voor de overheid, zoals we in de volgende paragraaf zullen uitwerken, aanvankelijk een soort liefdadigheidsdoel. In de loop van de jaren is dit gewijzigd en vormt gezondheid ook een juridisch erkende doelstelling.

Zo bevat de Nederlandse Grondwet (Gw) sinds 1983 een bepaling inzake het recht op gezondheid.⁸ Volgens artikel 22 lid 1 Gw dient de overheid maatregelen te treffen 'ter bevordering van de volksgezondheid'. Deze imperatieve bepaling komt overeen met dit recht zoals opgenomen in verdragen waarbij Nederland partij is, zoals artikel 12 Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR, 1966) en artikel 11 Europees Sociaal Handvest (ESH, 1961, herzien in 1996). In verdragen en aanpalende documenten wordt het recht op gezondheid doorgaans geformuleerd in termen van het recht op de hoogst mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid.⁹

Het recht op gezondheid wordt veelal gezien als een sociaal grondrecht. Juristen beschouwen sociale grondrechten vanouds als minder normatief dan individuele of klassieke vrijheidsrechten. Sociale grondrechten zouden niet afdwingbaar zijn en bovenal inspanningsverplichtingen bevatten voor de overheid.¹⁰ Dit beeld is tijdens de grondwetsgeschiedenis overigens genuanceerd.¹¹ Enkele jaren na het van kracht worden van artikel 22 lid 1 Gw werd de tweedeling tussen sociale en individuele rechten op internationaal niveau zelfs verworpen. Tijdens de Wereldconferentie over mensenrechten (1993) werd vastgelegd dat alle mensenrechten universeel, ondeelbaar en onderling afhankelijk zijn.¹² Niettemin worden sociale rechten in Nederland nog immer vaak als vrijblijvende taakstelling of instructienorm voor de overheid opgevat. Zo stelt de Nederlandse rechter zich bij toetsing van overheidshandelen aan sociale grondrechten doorgaans terughoudend op en is deze geneigd te oordelen dat dergelijke rechten 'geen normen bevatten die vatbaar zijn voor rechtstreekse toepassing door de rechter dan wel dat deze bepalingen zich naar bewoordingen, aard en strekking niet lenen voor rechtstreekse toepassing'.¹³

Hoewel artikel 22 lid 1 Gw slechts verwijst naar de 'bevordering' van de volksgezondheid, volgt uit de parlementaire geschiedenis dat de grondwetgever niet heeft getracht een scheiding aan te brengen tussen bevordering en curatieve zorg.¹⁴ Het recht op gezondheid dient ruim te worden uitgelegd. Gezondheid is, in termen van Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1946), 'a state of complete physical, mental and sociale well-being and

not merely the absence of disease'.¹⁵ De erkenning dat niet alleen gezondheidszorg maar ook sociaaleconomische omstandigheden bepalend zijn voor de gezondheid wordt expliciet erkend in Algemene Aanbeveling 14, een toelichting op artikel 12 IVESCR:

'(...) the right to health embraces a wide range of socio-economic factors that promote conditions in which people can lead a healthy life, and extends to the underlying determinants of health, such as food and nutrition, housing, access to safe and potable water and adequate sanitation, safe and healthy working conditions, and a healthy environment'.¹⁶

Het recht op gezondheid bevat daarmee twee dimensies: het waarborgen van de toegang tot (curatieve) zorg en het

Het recht op gezondheid bevat twee dimensies: het waarborgen van de toegang tot zorg en het garanderen van condities voor gezondheid. Tot die laatste categorie behoort het recht op preventie

garanderen van condities voor gezondheid. Tot die laatste categorie behoort het recht op preventie.¹⁷

3. Uitwerking van het recht op gezondheid in Nederland

Ter uitwerking van het recht op gezondheid heeft de Nederlandse overheid een scala aan wetten aangenomen op het terrein van de gezondheidszorg. Die gaan deels terug tot voor de introductie van artikel 22 lid 1 Gw in

Auteurs

1. Prof. mr. A.C. Hendriks is als hoogleraar gezondheidszorg verbonden aan de Universiteit Leiden; prof. mr. J.G. Sijmons bekleedt dezelfde functie aan de Universiteit Utrecht en prof. mr. B.C.A. Toebes vervult de functie van hoogleraar gezondheidsrecht in internationaal perspectief aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Noten

2. Voor een kritische beschouwing over het coalitieakkoord, zie B.C.A. Toebes, nederlandsrechtstaat.nl/blog-coalitieakkoord-2-de-schrijvende-afwezigheid-van-een-integrale-volksgezondheidsbenadering/.

3. WHO, *Social Determinants of Health*, who.int/news-room/questions-and-ans-

wers/item/social-determinants-of-health-key-concepts.

4. RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* 2018, vtv2018.nl/gezondheidsverschillen.

5. J.G. Simon, H. van de Mheen, J.B.W. van der Meer & J.P. Mackenbach, 'Socioeconomic Differences in Self-Assessed Health in a Chronically Ill Population: The Role of Different Health Aspects', *Journal of Behavioral Medicine* 2000, 23(5), p. 399-420.

6. RIVM, 2018, zie noot 4.

7. Budgettaire bijlage coalitieakkoord, kabinetsformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/budgettaire-bijlage-coalitieakkoord-2021-2025.

8. Een soortgelijke bepaling maakte eerder onderdeel uit van de Staatsregeling van de

Bataafse Republiek (1798-1801).

9. Zie bijvoorbeeld VN-Comité voor economische, sociale en culturele rechten, *Algemene Aanbeveling 14: Het recht op de hoogst haalbare gezondheidsstandaard* (Art. 12), 11 augustus 2000, Document E/C.12/2000/4.

10. H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht* (8^e druk), Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 52.

11. *Eindrapport van de Staatscommissie van advies inzake de Grondwet en de Kieswet (Commissie Cals-Donner)*, Den Haag: Staatsuitgeverij 1971, p. 216.

12. Art. 5 Verklaring van Wenen - Vienna Declaration and Programme of Action (UN Doc. A/Conf.157/23), 12 juli 1993. Zie verder B. Toebes, 'Introducing Health and

Human Rights. Global and European Perspectives', in: B. Toebes (red.), *Health and Human Rights* (2^e druk), Cambridge: Intersentia 2022, p. 2-22 (7).

13. Rb. Den Haag 2 maart 2010, ECLI:NL:RBSGR:2010:BM2383.

14. *Kamerstukken II 1976/77*, 13873, 7, p. 22.

15. Statuut van de WHO, 22 juli 1946, in werking sinds 7 april 1948.

16. VN-Comité inzake economische, sociale en culturele rechten (2000), par. 4, zie noot 9.

17. Idem. Zie ook J.C.J. Dute, *De vrijblijvendheid voorbij. Over het recht op preventie* (oratie Nijmegen), Nijmegen: Radboud Universiteit 2013.



Zoetermeer, sporten met de straat © Henriette Guest / ANP

1983. Zo waren preventie en de curatieve zorg oorspronkelijk taken die particuliere organisaties op zich namen, zoals charitatieve instellingen en kerken. Zij boden hulp en ondersteuning aan minderbedeelden en andere hulpbehoeftigen. De overheid is zich sinds de negentiende eeuw geleidelijk aan meer met het bevorderen van de volksgezondheid gaan bemoeien, om te beginnen met het ontplooiën van preventieve activiteiten.

Wat betreft de toegang tot de curatieve zorg dateren de overheidsbemoeienissen feitelijk van het begin van de 20^e eeuw.¹⁸ De overheid eiste in toenemende mate een regiefunctie op. Daarbij bouwde zij voort op de werkzaamheden van de ziekenfondsen, ingesteld op grond van het Ziekenfondsbesluit (1941). De overheid heeft sinds de stelselherziening van 2006 de vergoeding van de curatieve zorg overgelaten aan particuliere zorgverzekeraars, de rechtsopvolgers van de ziekenfondsen. Ook accepteerde de overheid dat het merendeel van de zorg wordt verleend door particuliere zorgaanbieders en zorgverleners. De overheid ziet voor zichzelf bovenal een rol weggelegd met betrekking tot de kwaliteit van de zorg en het beheersbaar houden van de

zorgkosten.¹⁹ Voorts waarborgt de overheid via de Zorgverzekeringswet (Zvw, 2006) een voor iedereen gelijk basispakket, zonder dat zorgverzekeraars verzekerden vanwege hun gezondheid of leeftijd mogen weigeren. Daarnaast heeft de overheid zich ingespannen om de rechten van de patiënten te waarborgen. Dat laatste is in het bijzonder gebeurd via de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, 1992), zoals opgenomen in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Deze rechten van de patiënt zijn later uitgebreid via onder meer de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, 2016). Dankzij deze wetten hebben burgers tal van afdwingbare rechten jegens zorgverleners, met een toezichthoudende taak van de overheid – ook op het handelen van zorgverzekeraars. Feitelijk kan worden geconcludeerd dat het recht op toegang tot de curatieve zorg in grote mate een afdwingbaar karakter heeft gekregen. Tegenover deze rechten en aanspraken staan weinig tot geen verplichtingen van die burger, zeker niet ten opzichte van medeburgers.²⁰ Burgers zijn evenmin verplicht om bijvoorbeeld gezond te leven; dat zou strijdig zijn met ieders keuzevrijheid en zelfbeschikkingsrecht. De zorg-

Dankzij deze wetten hebben burgers tal van afdwingbare rechten jegens zorgverleners, met een toezichthoudende taak van de overheid – ook op het handelen van zorgverzekeraars

kosten die daarvan het eventuele gevolg zijn, worden gedragen door de samenleving.

Hoe anders is het overheidsbeleid op het terrein van preventie. De rijksoverheid liet de preventieve zorg lange tijd over aan particuliere organisaties en gemeenten. De wetgeving voorzorg in bepaalde additionele maatregelen. Mogelijkheden tot ingrepen waren neergelegd in de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken (1928), later gewijzigd in de Infectieziektewet (1998), een wet die vervolgens is opgegaan in de publiekrechtelijke Wet publieke gezondheid (Wpg, 2008). Die laatste wet, de Wpg, is overigens gebaseerd op de in 2005 door de WHO aangenomen Internationale Gezondheidsregeling (IGR).²¹

De Wpg voorziet in verschillende bevoegdheden voor de overheid om in te grijpen ter bescherming van de bevolking tegen infectieziekten. Zoals vanouds ligt in de Wpg het primaat bij de decentrale overheid. In het kader van de Wpg kan de overheid ook maatregelen nemen tegen individuen (hoofdstuk 7 Wpg), afhankelijk van de soort ('groep') infectieziekte en de gezondheidsrisico's die van besmette personen uitgaan. Ook voorziet de Wpg in de plicht voor artsen om informatie te verstrekken aan de GGD en wordt aldus de zeggenschap van de patiënt om te beschikken over zijn medische gegevens doorbroken. De meeste maatregelen waarin de Wpg voorziet, zijn evenwel vrijblijvend. Tegen de voor individuen beperkende maatregelen tot isolatie, medisch onderzoek en quarantaine staat een voorziening open bij de rechtbank (artikel 41 Wpg).²² Voor andere beperkende maatregelen, zoals het werkverbod (artikel 38 Wpg), staat geen bijzondere voorziening open. Iemand die zich daartegen verzet, moet gebruik maken van het instrumentarium (bezwaar en beroep) van de Awb.

De Wpg kent de overheid overigens geen bevoegdheden toe ter bestrijding van ziekten als gevolg van niet-medische redenen, zoals (dreigende) gezondheidsschade ten gevolge van een ongezonde leefstijl. Daarbij kan ook worden gedacht aan het misbruik van alcohol of middelen. Voor zover de overheid een gezonde leefstijl tracht te bevorderen doet zij dat via het geven van voorlichting en stimulerende maatregelen, zoals – in samenspraak met anderen – het Nationaal Preventieakkoord.²³ In deze wat terughoudende benaderingswijze lijkt met de komst van het kabinet Rutte IV verandering te komen. Volgens het coalitieakkoord wil de nieuwe regering de belasting op suikerhoudende dranken verhogen, evenals de accijns op

tabak. Eveneens wenst de regering een suikerbelasting in te voeren en de btw op groente en fruit te verlagen naar 0%. Voorts wil de regering afspraken maken met de industrie over gezondere voedingsmiddelen.²⁴

De Wpg voorziet, zoals voorgeschreven in artikel 22 lid Gw, in de mogelijkheid om groepen te vaccineren. Dit is aangemerkt als een gezondheidsbevorderende maatregel. Hierbij kan worden gedacht aan het vaccineren van minderjarigen tegen ernstige infectieziekten op grond van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en van ouderen en kwetsbare personen tegen influenza krachtens het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG). Het vaccineren van mensen kan in Nederland alleen op basis van vrijwillige medewerking van de (vertegenwoordiger van de) betrokkene;²⁵ verplicht vaccineren is alleen toegestaan bij militairen op grond van de Regeling immunisatie militairen. De zorg aan gevaccineerden en niet-gevaccineerden is in Nederland hetzelfde; niet-gevaccineerden hoeven geen andere prijs voor zorg te betalen.

De maatregelen van de Wpg, gericht op de collectieve preventie, moeten worden onderscheiden van de op de individuele preventie gerichte vormen van onderzoek, waaronder bevolkingsonderzoek.²⁶ Personen met gezondheidsklachten kunnen zich op grond van de WGBO laten onderzoeken; via door de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) gereguleerde onderzoeksprogramma's kunnen groepen met een verhoogd risico op een ziekte of aandoening – zoals vormen van kanker – worden opgeroepen om zich te laten testen.

Het algemeen beeld dat zich opdringt naar aanleiding van bovenstaande analyse is dat het waarborgen van de toegang tot de curatieve zorg beduidend anders is gereguleerd dan het garanderen van de condities voor een goede gezondheid. Denk daarbij bijvoorbeeld ook aan de uitstoot van giftige stoffen door fabrieken en auto's – die worden niet door het ministerie van VWS gereguleerd. Tegenover de sterke rechten van patiënten op toegang tot curatieve zorg, waaronder het recht zorg te weigeren, heeft de overheid bovenal stimulerende bevoegdheden om de gezondheid van burgers te kunnen beschermen. In tijden waarin het wantrouwen in de overheid groot is, zoals thans,²⁷ heeft dat gevolgen voor de effectiviteit van die maatregelen. Bovenal valt op dat de wetgeving inzake de toegang tot curatieve zorg volledig losstaat van de wetgeving inzake preventie. Daarover het volgende.

Tegenover de sterke rechten van patiënten op toegang tot curatieve zorg, heeft de overheid bovenal stimulerende bevoegdheden om de gezondheid van burgers te kunnen beschermen

18. Voor een historisch overzicht, R.M.

Bertens, *Liberal Solidarity. Guaranteeing Access to Dutch Health Care Under the Banner of Private Initiative, 1848-2015* (diss. Utrecht), Utrecht, januari 2021.

19. Idem.

20. Zo is het niet verboden om in de aan-

wezigheid van kinderen te roken.

21. *Trb.* 2007, 34.

22. Voor thuisquarantaine voor reizigers afkomstig uit hoogrisicogebieden staat een verzoekschriftprocedure open bij de burgerlijke rechter (art. 58nd Wpg).

23. *Nationaal Preventieakkoord*, Den Haag:

ministerie van VWS november 2018.

24. *kabinetsformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/coalitieakkoord-omzien-naar-elkaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst.*

25. In uitzonderlijke gevallen kan het

bezwaar tegen vaccinatie van een vertegen-

woordiger worden gepasseerd, Zie bijvoorbeeld Rb. Gelderland 5 november 2021, ECLI:NL:RBGEL:2021:5924.

26. Dute, 2013, p. 13, noot 17.

27. M. Visser, 'Het vertrouwen in de overheid is tot een dieptepunt gedaald', *Trouw* 1 november 2021.

4. Gezondheidsbeleid conform het recht op gezondheid

De gescheiden wijze waarop de overheid de toegang tot curatieve zorg tracht te waarborgen en de condities waarborgt voor een goede gezondheid sluit niet aan bij de oorspronkelijke doeleinden van het recht op gezondheid. Curatieve zorg en gezondheidscondities zijn volgens de gezaghebbende Algemene aanbeveling van het IVESCR-Comité weliswaar twee dimensies ter bewerkstelling van het recht op gezondheid, maar de daaraan verbonden rechten en overheidsinspanningen kennen een complementair karakter. Volgens deze Algemene aanbeveling kan het hoogst mogelijke niveau van lichamelijke en geestelijke gezondheid alleen op geïntegreerde wijze worden gerealiseerd, met respect voor andere rechten van de mens.²⁸

Hoe anders is het Nederlandse gezondheidsbeleid gestructureerd. De gezondheidswetgeving in ons land gaat uit van gescheiden doelstellingen. Dat begint al op het ministerie van VWS, waarbij de minister van VWS (Kuipers) verantwoordelijk is voor de curatieve zorg en de staatssecretaris van VWS (Van Ooijen) voor preventie, gezondheidsbevordering en leefstijl. Dat het bevorderen en beschermen van de gezondheid samenhangt met taken die liggen op de terreinen van andere ministeries, zoals onderwijs, werkgelegenheid en armoedebestrijding, lijkt aan de aandacht van de overheid te zijn ontsnapt.²⁹ Bovenal sluiten de individuele insteek van de toegang tot de curatieve zorg, waarbij individuen veel rechten hebben en nauwelijks verplichtingen, en de collectieve benadering van preventiemaatregelen niet aan bij het doel voor iedereen de gezondheidswinst te bevorderen. Om dat laatste te illustreren geven wij een viertal voorbeelden.

Ten eerste een voorbeeld op het terrein van de infectieziektenbestrijding. Ter bestrijding van een epidemie als COVID-19 zijn zowel preventieve als curatieve maatregelen nodig. Preventieve maatregelen, zoals het dragen van een mondkapje of het opleggen van een lockdown, moeten de verspreiding van COVID-19 zien te voorkomen. Maar deze maatregelen dragen ook bij aan het beschikbaar houden van het aantal verpleeg- en IC-plaatsen, opdat mensen met andere aandoeningen tijdig kunnen worden geholpen. Bovendien bestaat de vrees dat COVID-19, bij een gebrek aan beleid, leidt tot een ernstige gezondheidscrisis, met een tekort aan voldoende zorgverleners. Preventieve zorg is dus een essentiële voorwaarde voor een beheersbare curatieve zorg. Dit veronderstelt een beleid dat erop is gericht dat mensen risicovolle situaties voorkomen, zich regelmatig laten testen en ook andere voorzorgsmaatregelen nemen die haast in het verlengde liggen van de doelen van de curatieve zorg. Dit vraagt om een ander en meer geïntegreerd beleid op het terrein van de infectieziektebestrijding, uitgaande van gezamenlijke doelstellingen en betere samenwerking tussen publieke en private organisaties ter voorkoming en bestrijding van COVID-19 dan thans het geval is.³⁰

De verwevenheid tussen preventie en curatieve zorg zien wij ook bij het bestrijden van chronische ziekten, waarover het tweede voorbeeld. Een beleid ter voorkoming van een ongezonde leefstijl vraagt, naast voorlichting, om krachtdadige faciliterende maatregelen. Daarbij moet worden bedacht dat een gezondere leefstijl doorgaans ook goed is voor de omgeving van de betrokkene en

het beroep op de curatieve zorg vermindert. Belemmeringen ten aanzien van een gezondere leefstijl kunnen ook door de omgeving zijn beïnvloed. Denk bijvoorbeeld aan gezinnen waarin wordt gerookt, niet wordt gesport en geen gezond eten wordt geconsumeerd. Ter beïnvloeding hiervan kan worden gedacht aan het bevorderen van het stoppen met roken. Het stoppen met roken kan leiden tot gezondheidswinst voor de rokers zelf én van hun huisgenoten. Voor zover zorgverzekeraars zich al inlaten met het voorkomen en bestrijden van roken bieden zij enkel ondersteuning aan verzekerden die aangeven te willen stoppen met roken. Daarmee wordt de maximalisatie van gezondheidswinst niet bereikt.

Het belang van integratie tussen preventie en curatieve zorg zien we in de derde plaats op het terrein van de mondzorg. Bij de stelselherziening in 2006 is besloten de mondzorg voor volwassenen uit het basispakket van de Zvw te laten. Dat betekent dat mensen de meeste kosten van de zorg door tandartsen zelf moeten betalen of daarvoor een aanvullende verzekering moeten afsluiten. Het gevolg is dat een groot aantal burgers niet naar de tandarts gaat of kan gaan, of onverantwoord lang wacht. Dit terwijl bekend is dat er een rechtstreeks verband bestaat tussen een slecht gebit en andere lichamelijke problemen, waaronder diabetes mellitus, reuma, hart- en vaatziekten en overgewicht.³¹ Dat er een relatie bestaat tussen de mondzorg en sociaaleconomische klasse is al lange tijd bekend.³² Het niet verzekeren van preventieve mondzorg leidt aldus tot hogere curatieve zorg, niet beperkt tot mondzorg maar met betrekking tot veel meer terreinen van het menselijk lichaam.

Een vierde voorbeeld betreft de rol van huisartsen binnen ons stelsel. Zij maken als generalisten op het terrein van de zorg gebruik van de diensten van praktijkondersteuners bij de huisarts (POH). Deze ondersteuners vervullen allerlei, veelal meer tijdrovende, werkzaamheden – onder andere op het gebied van preventie. Aldus kan ziekte worden voorkomen, de huisarts zich toeleggen op de complexere zorg en de druk op de duurdere curatieve zorg – waaronder die in ziekenhuizen – worden verminderd. Zorgverzekeraars zijn evenwel in mindere mate bereid nog te betalen voor de inzet van POH-ers; de werkzaamheden van deze ondersteuners zijn niet altijd vertaalbaar in concrete behandelresultaten.³³ Dat een verminderde inzet van POH-ers kan leiden tot meer ziektelast, meer doorverwijzingen naar het duurdere ziekenhuis en hogere ziektekosten voor de samenleving als geheel, lijkt niet het primaire aandachtspunt van de zorgverzekeraars te zijn.

De doelen van preventie en curatieve zorg liggen blijkens deze voorbeelden duidelijk in elkaars verlengde. Dit is echter niet hoe zorgverzekeraars denken, die belast zijn met de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De meeste zorgverzekeraars zien voor zichzelf geen taak weggelegd bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Als zorgverzekeraars zwaar investeren in preventie zal dat resulteren, op de korte termijn, in een verhoging van de zorgpremie. Zorgverzekeraars die dat niet of minder doen, kunnen verzekeringen dan tegen lagere premies aanbieden. Deze laatste groep zorgverzekeraars kunnen aldus meer verzekerden aan zich binden, omdat de hoogte van de premie de belangrijkste reden voor ons verzekerden is om een zorgverzekeraar te kiezen.³⁴

Kort samengevat, er zijn juridische en praktische redenen om preventie en curatieve zorg meer in elkaars verlengde te bezien en te regelen. De scheiding tussen preventie en curatieve zorg is niet functioneel en miskent de onderlinge samenhang tussen de doelstellingen. Dit vraagt om een andere formulering van wettelijke regels en een aangepast gezondheidsbeleid.

5. Het recht op gezondheid en de integratie van preventie en curatieve zorg

Preventie en curatieve zorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Alleen in goede samenhang kan het recht op gezondheid, zoals neergelegd in artikel 22 lid 1 Gw, worden gerealiseerd. Dat vraagt om een andere wijze van gezondheidswetgeving en een gewijzigde taak van de zorgverzekeraars. Maar ook burgers zullen zich moeten aanpassen en zich meer moeten realiseren dat het recht op gezondheid alleen kan worden gerealiseerd door de eigen rechten en verantwoordelijkheden jegens anderen op aangepaste wijze te bezien.

De overheid, de adressaat van het recht op gezondheid, zal als eerste preventie en curatieve zorg meer in samenhang moeten bezien. Dit vraagt om een geïntegreerde gezondheidsvisie en het opheffen van nodeloze schotten binnen het ministerie van VWS en elders. Ook moet de overheid zorgen voor wetgeving waarin preventie en curatieve zorg als gelijkwaardige doelen zijn geformuleerd. Dit impliceert dat de rechten en verantwoordelijkheden van burgers meer dan thans in elkaars verlengde liggen en dat de rollen van toezichhouders, zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden herijkt. Ook op het gebied van de gezondheidsfinanciering zullen zaken moeten worden veranderd. Het is alweer geruime tijd geleden – bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel – dat de overheid de grondgedachte van Porter en Teisberg³⁵ omarmde door bovenal te letten op de behaalde gezondheidswinst van zorg en de financiering niet af te stemmen op afzonderlijke verrichtingen. Dit uitgangspunt doorgetrokken, betekent dat waar gezondheidswinst kwantificeerbaar is, de vergoedingen daarop worden afgestemd. Alleen op die wijze voelen zorgaanbieders zich in gelijke mate verantwoordelijk voor preventie en curatieve zorg, en zullen zorgverzekeraars niet alleen de curatieve zorg gaan vergoeden, maar zich ook gaan inspannen ter bevordering van de preventie.

Dit alternatieve systeem (ter bekostiging) van preventie en curatieve zorg leidt onmiskenbaar tot andere taken van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In het algemeen worden die verantwoordelijkheden ruimer, waarbij de eindverantwoordelijkheid blijft rusten op de overheid. Dat laatste is kenmerkend voor mensenrechten; de over-

Einddoel is gezondheidsmaximalisatie voor allen

heid mag bij het realiseren van mensenrechten taken door particulieren laten uitvoeren, maar blijft de primaire drager van de verplichtingen onder mensenrechten. In dit kader verdient het aanbeveling als de overheid haar gezondheidsdoelstellingen duidelijker formuleert in termen van streefwaarden.³⁶

Ook de rechten en verantwoordelijkheden van burgers zullen onder de loep moeten worden genomen. Als het recht op gezondheid het uitgangspunt is, en de doelen van dit recht om meer vraagt dan het maken van een afweging van rechten en belangen door individuen, dan zal dit moeten doorklinken in het systeem van wet- en regelgeving. Dat hoeft niet te leiden tot aantasting van de – ook in mensenrechten besloten liggende – kernrechten van de patiënt, maar wel tot toevoeging van omstandigheden die kunnen nopen tot een andere inkleuring van rechten en belangen. Zo zal de burger in sommige omstandigheden, bijvoorbeeld omwille van de gezondheid van anderen, inbreuken op vrijheidsrechten moeten accepteren omdat anders de doelen van het recht op de hoogst mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid niet kunnen worden gerealiseerd. Einddoel is immers gezondheidsmaximalisatie voor allen.

6. Conclusies

Preventie en curatieve zorg zijn twee dimensies van het recht op gezondheid. In Nederland zijn deze kerntaken op verschillende wijze uitgewerkt, ook op het gebied van de wetgeving. Daarbij is de samenhang tussen beide dimensies verloren gegaan. Als gevolg daarvan houden zorgverzekeraars zich vrijwel uitsluitend bezig met het vergoeden van curatieve zorg, denken burgers bovenal in termen van (afweer)rechten en aanspraken, en vervult de overheid een bescheiden rol – met een navenant budget – op het terrein van de preventie.

Hierboven hebben wij vanuit het recht op gezondheid betoogd dat de meeste gezondheidswinst valt te verwachten bij een betere integratie tussen preventie en curatieve zorg. Door beide in samenhang te bezien kan gezondheidsmaximalisatie het best worden gerealiseerd. Dat vraagt om wijzigingen op het niveau van wetgeving en beleid en, wellicht het belangrijkste, een nieuwe visie op de gezondheidszorg. Hoe die wijzigingen er ongeveer uit kunnen zien hebben bij hierboven getracht aan te geven. •

28. VN-Comité inzake economische, sociale en culturele rechten (2000), par. 4, zie noot 9.

29. Zie ook hierboven, WHO, noot 3.

30. J.G. Sijmons, 'Rampenbestrijding en gezondheidszorg', *Ars Aequi* 2021, p. 682-691.

31. KNMT, *Gezonde mond, gezond lichaam! Literatuuronderzoek naar de relatie tussen mondziekten en andere ziekten*,

Nieuwegein, 2014. Zie ook G.J. van der Putten, 'De relatie mondgezondheid en algemene gezondheid bij ouderen', *Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde* 2019, p. 653-656 en A.-M. Kosta, M. de Smit & A. Visser, 'Kijk ook eens in de mond van uw patiënt', *NTvG* 2022;163:D6206.

32. Zie bijvoorbeeld College voor zorgverzekeringen (CvZ), *Signalement Mondzorg* 2010, Rapport uitgebracht aan de minister

van VWS, Diemen, 1 juni 2010.

33. B. Kiers, 'Huisartsen bereiden kort geding voor tegen Zilveren Kruis', *Skipr* 29 december 2021.

34. J.-W. Bruggink, 'Keuzes rond de zorgverzekering', *CBS*, 26 augustus 2021, cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/keuzes-rond-de-zorgverzekering?onpage=true.

35. M.E. Porter & E. Teisberg, *Redefining*

Health Care. Creating Value-Based Competition on Results, Boston Massachusetts: Harvard Business School Press 2006.

36. J.O. Mierau & B.C.A. Toebes, 'Streefwaarden voor de volksgezondheid', *TSG* 2021, 99, p. 70-74.