

## Ook leefstijl zou hoogte premie moeten bepalen



### Overgewicht in wording

Foto Harry Cock / de Volkskrant



Frits Oosterveld

### Van de verhoging van de zorgpremie gaat geen enkele stimulans uit om gezonder te leven.

FRITS OOSTERVELD

De VVD en de PvdA stellen in hun regeerakkoord dat 'goede zorg en, nog belangrijker, goede gezondheid niet alleen een zaak is van de overheid, maar dat succes alleen te boeken is door samen te werken. Dat begint bij preventie en een gezonde leefstijl, waar mensen in de eerste plaats zelf voor verantwoordelijk zijn en de overheid bij wil ondersteunen'. Met de invoering van de inkomensafhankelijke zorgpremie wordt deze ambitie allerm minst ondersteund, want het systeem bevat voor de individuele burger geen enkele (financiële) prikkel tot gezonder leven.

Het socialistische standpunt is dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen en dat een inkomensafhankelijke premie dus wenselijk is. Op basis van het solidariteitsprincipe is dit deels een terechte gedachte, maar het stelsel

van de premiedifferentiatie leidt indirect slechts tot verkleining van inkomensverschillen en niet tot vermindering van de aanzienlijke gezondheidsverschillen tussen hogere inkomens (veelal hoger opgeleiden) en lagere inkomens (meestal lager opgeleiden).

Hoogopgeleide vrouwen en mannen leven gemiddeld respectievelijk vijf tot zeven jaren langer dan hun laag opgeleide seksegenoten. Bij vrouwen met alleen basisonderwijs ontstaan rond hun 60ste jaar al lichamelijke beperkingen, terwijl bij hbo- en academisch opgeleide vrouwen die beperkingen pas rond het 74ste levensjaar ontstaan. Bij mannen ziet men een vergelijkbaar fenomeen: de beperkingen bij hoger opgeleiden ontstaan omstreeks 78-jarige leeftijd en bij mannen met alleen basisschool om en nabij 63 jaar.

Lager opgeleiden brengen dus ook veel meer jaren door in beperking en met ziekten aan het eind van hun leven. Nu is vroeg overlijden vanuit verzekeringstechnisch perspectief misschien wel interessant en spaart dat uitgaven in sociale voorzieningen als de AOW, maar het brengt door de veel langere periode van chronisch ziek zijn een veelvoud aan zorgkosten met zich mee.

De over het algemeen slechtere gezondheid van de lage inkomensgroepen is voor een deel te wijten aan de slechtere woonsituatie en vaak ongezonde werkomgeving. Door het preventief verminderen van blootstelling aan deze risicofactoren voor gezondheid is veel winst te halen. Het regeerakkoord volstaat jammer genoeg met het benoemen dat preventie belangrijk is, zonder daar verdere maatregelen aan te koppelen. Het zou van echt politiek inzicht hebben getuigd als bijvoorbeeld een gedeelte van de extra premie-inkomsten van de

hogere inkomens in de vorm van selectieve preventie zou worden geïnvesteerd in het verbeteren van de sociale en fysieke leefomgeving en het realiseren van een minder belastend en gezonder werkklimaat. Daarmee worden op het eerste gezicht onsympathieke begrotingsmaatregelen plotseling beleidsrijk en beter te accepteren voor de meest betalenden.

De geschetste verschillen in gezondheid kunnen mede verklaard worden door het verschil in leefstijl. Hoger opgeleiden zijn zich meer bewust van hun eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en beschikken ook over meer (financiële) middelen hier regie op te voeren. In de sociale omgeving en cultuur van lager opgeleiden is gezond leven minder een issue; andere primaire voorwaardelijkheden voor het dagelijks bestaan krijgen meer aandacht. Meestal ontbreekt ook simpelweg de kennis van gezond eten, bewegen en leven.

Voor deze doelgroepen is geïndiceerde preventie op haar plaats, waarbij gecombineerde leefstijlinterventies op het gebied van roken, voeding, alcohol en bewegen zinvol zijn. Gedragsverandering blijkt lastig en naast voldoende intrinsieke motivatie kunnen externe prikkels, waaronder financiële, bijdragen aan het succes. Het voorgestelde zorgverzekeringspremiestelsel van Rutte en Samsom voorziet daar helaas niet in. De laagste inkomens gaan naar verwachting 21 euro per maand betalen, wat hun dezelfde dekking voor zorgkosten garandeert als mensen met een bruto maandinkomen boven circa 5.000 euro, die de maximale premie van ongeveer 457 euro per maand gaan betalen, ongeacht de gezonde of ongezonde leefstijl van de verzekerde. Het heeft wel iets onrechtvaardigs om van de hogere inkomens, die duidelijk minder zorg claimen, te verlangen dat zij een

veel hogere zorgpremie betalen.

Bij alle gangbare vormen van verzekeren in Nederland, behalve in de zorg, is het gebruikelijk premiekortingen te verstrekken voor die verzekerden die het minste risico lopen op claimen. Naar analogie van de autoverzekering zou voor de zorgverzekering in beginsel voor iedereen de inkomensafhankelijke premie kunnen gelden, maar zou premiekorting kunnen worden verstrekt op basis van aantoonbaar gezonde leefstijl; dat zou zelfs al deelname aan een erkende leefstijlinterventie kunnen zijn. Op deze wijze kan een nieuw premiestelsel ook bijdragen aan bevordering van de openbare gezondheid.

Het zou voor de politiek een uitdaging moeten zijn op innovatieve, gedurfde en creatieve wijze financiering en beleid met elkaar te verbinden. Bij beleidsontwikkeling spelen nog steeds de partij-ideologie, de programmatische uitgangspunten en het besef van de meekijkende kritische kiezer een te grote rol in het politieke schouwspel. De discussie wordt maar zelden op een academische wijze gevoerd, waarbij op basis van wetenschappelijke feiten wordt geargumenteed. Alleen dan ontstaat er ook in de politiek evidencebased beleid, zoals men dat van de zorgsector wel al jaren eist.

Frits Oosterveld is epidemioloog en lector gezondheid & bewegen, Saxion hogeschool.

”Bij veel lager opgeleiden is gezond leven geen issue,,