UNIVERSITY OF AMSTERDAM

UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Health targets: navigating in health policy

van Herten, L.M.

Publication date
2001

Link to publication

Citation for published version (APA):
van Herten, L. M. (2001). *Health targets: navigating in health policy*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam].

General rights
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), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations
If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: https://uba.uva.nl/en/contact, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (https://dare.uva.nl)

Download date:13 Jan 2026

Samenvatting

Samenvatting

[illegible] or subpopulations. Both sectors differ in their use of efficacy, effectiveness and cost-effectiveness measures. In the [illegible] there should be an increase in the emphasis on outcome studies of efficacy, since the interest in effectiveness studies sometimes appears to have replaced efficacy trials. In the health care sector, studies of the consequences of patient heterogeneity and field conditions could optimise health outcomes. Both sectors will need to combine outcome measures with cost measures of interventions in order to achieve the right mix of preventive and curative interventions on the national level.

The final chapter returns to the aim and the research questions of this thesis. The individual research questions are answered by summarising the conclusions of the foregoing chapters. It should be pointed out here that this thesis leans heavily on the rational approach, which is characterised by a staged theme based on an analysis of available knowledge. Since practice is often based on value judgements and conditions – the 'incrementalist' approach – this final chapter looks at how the two approaches can be combined in the Dutch situation and to what extent [illegible] setting has a chance of success.

[illegible] concluded that the setting of health targets has a good chance of success. [illegible] health targets have proven to be a worthwhile tool in structuring and [illegible] health policy. In addition, stakeholders in the Netherlands are [illegible] relevant health targets. The intention to develop a national health [illegible] which will be elaborated at the local level – presents a good [illegible] health targets into practice. It is now the turn of the [illegible] to pick up the gauntlet and to show that they are willing to [illegible] in health policy.

'Management by objectives' is een manier om geplande veranderingen expliciet te maken. Daarnaast bieden concrete doelen houvast bij de implementatie en evaluatie van het gekozen beleid. Dit managementprincipe, dat in 1954 zijn intrede in het bedrijfsleven deed, is begin jaren tachtig overgewaaid naar de gezondheidssector. De intrede van gezondheidsdoelen in het beleid werd mede mogelijk door de ontwikkelingen in de epidemiologie. Gezondheidsdoelen kunnen helpen bij het sturen en structureren van dit complexe beleidsveld. Daarnaast benadrukken zij dat alle investeringen in tijd en geld op dit terrein gelegitimeerd worden door het feit dat zij bijdragen aan het handhaven of verbeteren van de volksgezondheid.

Op het eerste gezicht lijken gezondheidsdoelen als instrument in gezondheidsbeleid zinvol. Het is echter de vraag of ze in praktijk bruikbaar zijn. Om hierop een antwoord te kunnen geven zijn zes onderzoeksvragen geformuleerd:

1 In welke mate worden gezondheidsdoelen geaccepteerd als instrument in gezondheidsbeleid in Europese landen?
2 Welke voordelen, nadelen en voorwaarden zijn verbonden aan het stellen van gezondheidsdoelen?
3 Hoe kunnen gezondheidsdoelen gebruikt worden bij de ontwikkeling van gezondheidsbeleid?
4 Hoe kan supranationaal gezondheidsbeleid bijdragen aan het bereiken van gezondheidsdoelen?
5 Hoe kan intersectoraal gezondheidsbeleid bijdragen aan het bereiken van gezondheidsdoelen?
6 Hoe kan gezondheidszorgbeleid bijdragen aan het bereiken van gezondheidsdoelen?

De eerste twee vragen zijn retrospectief van aard, en onderbouwen dat gezondheidsdoelen bruikbaar zijn bij het structureren van gezondheidsbeleid. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van het gebruik van gezondheidsdoelen in verschillende Europese landen. De toepassing van gezondheidsdoelen in Europa is aangemoedigd door de Health for All by the year 2000 strategie van de WHO in 1984. Van elk land werd verwacht dat het een eigen uitwerking aan deze doelen zou geven. In 1998 is in achttien Europese landen bekeken in hoeverre dat is gebeurd. Daarvoor zijn relevante publicaties bijeengebracht en is de status-quo bepaald door deskundigen een schriftelijke vragenlijst voor te leggen. De

samenvattingen per land laten zien dat de Health for All-strategie van invloed is geweest op het gezondheidsbeleid van bijna alle onderzochte landen. De meeste landen hebben gezondheidsdoelen geformuleerd, terwijl andere zijn uitgegaan van een minder specifieke benadering door meer algemene prioriteiten en doelen te stellen. Ook verschillen de detaillering, de focus en de praktische implementatie van de gezondheidsdoelen behoorlijk tussen de onderzochte landen. Geconcludeerd kan worden dat gezondheidsdoelen als instrument in gezondheidsbeleid meestal gebruikt worden op politiek niveau maar dat hun praktische toepassing nog in de kinderschoenen staat.

Uit de praktijkervaringen met het gebruik van gezondheidsdoelen, kunnen algemene voor- en nadelen en voorwaarden voor gebruik worden afgeleid (hoofdstuk 3). Het toepassen van gezondheidsdoelen is een manier waarop de overheid richting kan geven aan de gezondheidssector en een coördinerende en begeleidende rol op zich kan nemen. Deze en andere voordelen worden geïllustreerd met voorbeelden uit de Verenigde Staten, Australië en Groot-Brittannië en de gezondheidsdoelen van de WHO. Bezwaren – zoals politieke aansprakelijkheid en de beperkte maakbaarheid van de maatschappij – worden ook bediscussieerd. De methodologische voorwaarden kunnen worden samengevat in het acroniem SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden. Wanneer aan de SMART-voorwaarden wordt voldaan, valt of staat het succesvol gebruik van gezondheidsdoelen met politieke wil en durf.

Met de praktische ervaringen en de theoretische kennis in het achterhoofd, is het de vraag hoe gezondheidsdoelen een rol kunnen spelen bij het ontwikkelen, implementeren en evalueren van gezondheidsbeleid. Hoofdstuk 4 geeft handvatten voor de toepassing van gezondheidsdoelen als instrument in het gezondheidsbeleid. Hierbij zijn per fase diverse vragen opgenomen die men zou moeten overwegen. Ten eerste dient er inzicht te zijn in het probleem. Epidemiologische en demografische gegevens over de volksgezondheid en informatie over de kosten en effectiviteit van interventies zijn daarbij de startpunten. Vervolgens kan in de tweede fase een oplossing worden gevonden. Deze fase beperkt zich niet tot de technische kant van de oplossing, die bestaat uit het opstellen van gezondheidsdoelen en het bijbehorende actieplan. Er komt ook een politieke kant bij kijken waarbij verantwoordelijkheid wordt genomen voor de gemaakte keuzen. In de derde fase moeten de overheid en andere betrokkenen de gekozen oplossingen implementeren. Het succes daarvan zal

afhangen van de mogelijkheden die diverse organisaties in de gemeenschap hebben om de benodigde diensten te leveren en de gewenste acties uit te voeren. Als laatste vindt de controlerende en evaluerende fase plaats. Daarbij moet worden bepaald in hoeverre de gezondheidsdoelen zijn gehaald en het proces van doelen stellen is geslaagd. Ook dient bepaald te worden in hoeverre aanvullende acties nodig zijn.

De laatste hoofdstukken van dit proefschrift richten zich op de relaties met andere betrokken actoren. Eerst wordt in hoofdstuk 5 het supranationale niveau belicht door het nieuwe wereldwijde Health for All-beleid te bediscussiëren. Dit beleid is in 1998 aangenomen en was de eerste stap in de herziening van de Health for All-beweging. Aangezien de tien nieuwe doelen de meeste gezondheidsproblemen op aarde bestrijken, zijn ze relevant op wereldniveau. Vier ervan zijn gericht op de gezondheidstoestand van de bevolking en zijn daarmee het meest concreet en meetbaar. Zij zullen echter moeilijk te bereiken zijn. De overige gezondheidsdoelen, die betrekking hebben op determinanten van gezondheid en gezondheidsbeleid, zouden verder uitgewerkt moeten worden om individuele lidstaten te motiveren tot het ondernemen van actie en het stellen van financiële prioriteiten. Voorgesteld wordt om de gezondheidsdoelen bruikbaarder te maken voor lidstaten door drie niveaus per gezondheidsdoel te onderscheiden.

Naast actoren op supranationaal niveau zijn er ook op nationaal niveau diverse actoren betrokken bij het gezondheidsbeleid. Het duidelijkst komt dit naar voren in het intersectorale gezondheidsbeleid (hoofdstuk 6). Het doel van intersectoraal gezondheidsbeleid is het beïnvloeden van het grote scala aan factoren die van invloed zijn op de volksgezondheid, en waarvan diverse factoren buiten de beïnvloedingssfeer van het Ministerie van Volksgezondheid vallen. Succes van intersectoraal gezondheidsbeleid is onder andere afhankelijk van een goede voorbereiding door het Ministerie van Volksgezondheid. Hoofdstuk 6 ondersteunt de eerste stap van deze voorbereiding in de vorm van een korte vragenlijst ter bepaling van de haalbaarheid van intersectoraal gezondheidsbeleid. Daarin komen drie essentiële factoren aan bod: (1) de beschikbaarheid van bewijs, (2) de mate van steun, en (3) de beschikbare instrumenten voor implementatie. Om te bezien of deze korte vragenlijst ook bruikbaar is, is hij toegepast op de beleidssectoren Onderwijs en Veiligheid. Het bleek mogelijk om in een relatief korte periode een systematisch overzicht van de beleidssectoren te verkrijgen, en

om voldoende informatie te verzamelen voor het stellen van prioriteiten tussen sectoren. Meer gedetailleerde informatie over de drie factoren is echter noodzakelijk voor een preciezere beoordeling van de haalbaarheid. Met de resultaten van een dergelijke diepgaande analyse krijgt de gezondheidssector de benodigde informatie in handen om sterker over te komen wanneer – in een later stadium – onderhandelingen met de andere sectoren starten. Gezondheidsdoelen kunnen dergelijke onderhandelingen steunen, omdat er dan commitment is om deze doelen te bereiken.

Behalve actoren buiten het Ministerie van Volksgezondheid spelen uiteraard ook actoren daarbinnen een rol. In hoofdstuk 7 wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de volksgezondheidssector, die zijn aandacht met name richt op het beschermen en bevorderen van de gezondheidstoestand van de hele bevolking, en de zorgsector, die uitgaat van de individuele patiënt. Ondanks deze verschillen in traditie zijn in beide sectoren ontwikkelingen gaande die de sectoren dichter bij elkaar brengen. Zo probeert de volksgezondheidssector zich steeds meer te richten op specifieke groepen en omstandigheden, en probeert de zorgsector behandeling te baseren op resultaten van studies bij specifieke groepen. Beide sectoren verschillen echter in het gebruik van informatie over de werkzaamheid, effectiviteit en kosteneffectiviteit van interventies. De volksgezondheidssector dient onderzoek naar de werkzaamheid van interventies te versterken, aangezien het soms lijkt of effectiviteitsstudies de studies naar de werkzaamheid hebben vervangen. In de zorgsector zal onderzoek naar de consequenties van de verschillen tussen patiënten en de organisatorische randvoorwaarden de resultaten van interventies moeten optimaliseren. Beide sectoren zullen daarnaast aandacht moeten besteden aan de kosteneffectiviteit van interventies om zodoende een juiste mix van preventieve en curatieve interventies op nationaal niveau te bewerkstellingen.

Het laatste hoofdstuk komt terug op het doel en de vraagstellingen van dit proefschrift. De afzonderlijke vraagstellingen worden op basis van de conclusies uit de voorgaande hoofdstukken beantwoord. Opgemerkt wordt dat dit proefschrift sterk leunt op een rationele benadering van beleid, die zich kenmerkt door opeenvolgende stappen gebaseerd op een analyse van beschikbare kennis. Aangezien in de praktijk nog vaak gestuurd wordt op waardeoordelen en coalities, de zogenoemde incrementele benadering, is in dit laatste hoofdstuk

voor de Nederlandse situatie bekeken hoe beide benaderingen gecombineerd kunnen worden en hoe kansrijk het stellen van gezondheidsdoelen daarbij is.

Geconcludeerd wordt dat het stellen van gezondheidsdoelen kansrijk is, aangezien het een waardevol instrument is bij het structureren en rationaliseren van gezondheidsbeleid. Daarnaast blijken veldpartijen in Nederland bereid te zijn om gezondheidsdoelen te implementeren. Het voornemen om in 2002 met een nationaal gezondheidsbeleid te komen – dat zijn uitwerking moet krijgen op gemeentelijk niveau – biedt daarom een goede mogelijkheid om gezondheidsdoelen te vertalen naar de praktijk. Het is nu aan de Nederlandse overheid om de handschoen op te pakken en een koers uit te zetten in het volksgezondheidsbeleid.