

De resultaten van het Nederlandse gezondheidsbeleid

EEN EUROPESE VERGELIJKING

Johan P. Mackenbach en Martin McKee

- DOEL** Nagaan hoe de resultaten van het Nederlandse gezondheidsbeleid zich verhouden tot die van andere Europese landen, op basis van een recent uitgevoerde vergelijking van nationale prestaties op 10 verschillende terreinen van preventief gezondheidsbeleid.
- OPZET** Literatuurstudie en analyse van gegevens in internationale databestanden.
- METHODE** De volgende terreinen werden bestudeerd: roken, alcohol, voeding, zwangerschap en bevalling, jeugdgezondheidszorg, infectieziekten, hypertensie, kankerscreening, verkeersveiligheid, en luchtverontreiniging. Op basis van literatuuroverzichten werd een set van 27 'proces'- en 'uitkomst'-indicatoren geconstrueerd, alsmede een samenvattende score voor de resultaten van het nationale gezondheidsbeleid.
- RESULTATEN** Er waren grote verschillen tussen Europese landen in de resultaten van preventief gezondheidsbeleid op elk van de 10 terreinen. In de Europese rangorde op basis van de samenvattende score staat Nederland op de 5e plaats, na Zweden, Noorwegen, IJsland en Finland. Op de meeste terreinen doet Nederland het beter dan het Europese gemiddelde, maar dat geldt niet voor beleid op het gebied van roken. Als Nederland het op alle terreinen even goed zou doen als Zweden, zou een aanzienlijk aantal gevallen van sterfte aan longkanker, aan (post)neonatale oorzaken, aan borstkanker en aan verkeersongevallen vermeden kunnen worden.
- CONCLUSIE** Nederland is een van de succesvolste Europese landen wat preventief gezondheidsbeleid betreft. Om op alle terreinen uit te blinken zijn echter meer inspanningen nodig.

Nederland is een van de welvarendste landen in Europa, en mede daardoor staat de volksgezondheid op een hoog peil. Het is echter niet goed bekend of dit vooral berust op gunstige leefomstandigheden, dan wel het resultaat is van een bovengemiddeld succesvol gezondheidsbeleid. Hoewel het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) diverse studies heeft gedaan waarin de Nederlandse gezondheidssituatie werd vergeleken met andere Europese landen,¹⁻³ ontbreekt een samenhangende analyse. Ook bestaande Europese vergelijkende studies van gezondheidsbeleid voldoen niet, omdat ze zijn gebaseerd op rapportages door nationale sleutelfiguren, meestal zelf beleidsmakers,^{4,5} en daarom niet noodzakelijkerwijs accuraat en objectief zijn.

Gezondheidsbeleid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie gedefinieerd als 'de beslissingen, plannen en acties die worden ondernomen om specifieke gezondheidsdoelen in een samenleving te bereiken' (bron: WHO; www.who.int/topics/health_policy/en). In de hier gerapporteerde studie hebben wij ons beperkt tot preventief gezondheidsbeleid binnen en buiten de gezondheidszorg. In de afgelopen decennia zijn op veel terreinen van preventief gezondheidsbeleid grote successen geboekt.⁶⁻⁸ In een recent overzicht van die successen hebben wij 10 terreinen geïdentificeerd waarop in veel Europese landen bewezen effectieve maatregelen zijn genomen die tot daling van ziekte- of sterftcijfers hebben

Erasmus MC, afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam.

Prof.dr. J.P. Mackenbach, sociaal-geneeskundige.

London School of Hygiene and Tropical Medicine, European Centre on Health of Societies in Transition, Londen, Verenigd Koninkrijk.

Prof. M. McKee, sociaal-geneeskundige.

Contactpersoon: prof.dr. J.P. Mackenbach

(j.mackenbach@erasmusmc.nl).

geleid: roken, alcohol, voeding, zwangerschap en bevalling, jeugdgezondheidszorg, infectieziekten, hypertensie, kankerscreening, verkeersveiligheid, en luchtverontreiniging.⁹

In dit artikel gaan wij na hoe de resultaten van het Nederlandse preventieve gezondheidsbeleid zich verhouden tot die van andere Europese landen.

DATA EN METHODEN

Voor elk van de 10 terreinen werden literatuuroverzichten gemaakt om wetenschappelijk bewijsmateriaal te vinden voor de effectiviteit van interventies en beleidsmaatregelen. We noemen hier enkele voorbeelden. Verhoging van de prijs van tabak en beperking van roken in openbare ruimten helpen om tabaksgebruik terug te dringen.¹⁰ Verhoging van de prijs en beperking van mogelijkheden tot gebruik van alcohol helpen om excessief alcoholgebruik terug te dringen.¹¹ Jodium toevoegen aan zout en verzadigd vet in de voeding terugdringen helpt om respectievelijk jodiumdeficiëntie en hart- en vaatziekten te voorkómen.^{12,13} Toegang tot anticonceptie en adequate verloskundige zorg rond de bevalling helpen om respectievelijk tienerzwangerschappen en moederssterfte te voorkómen.¹⁴ Bevorderen van rugligging van zuigelingen en kinderveilige verpakkingen helpen om respectievelijk wiegendood en vergiftigingen te voorkómen.^{15,16} Dodelijke infectieziekten kunnen onder meer worden teruggedrongen door transmissie van hiv onder drugsgebruikers te voorkómen en ouderen tegen influenza te vaccineren.^{17,18} Vroegtijdige opsporing en behandeling van hoge bloeddruk verlaagt de sterfte aan hart- en vaatziekten.¹⁹ Ook screening op baarmoederhals- en borstkanker worden door de meeste deskundigen als effectief gezien.²⁰ Maatregelen als het dragen van een veiligheidsgordel en verbeteringen in de weginfrastructuur dringen de verkeerssterfte terug.²¹ Het terugdringen van luchtverontreiniging vermindert de risico's op chronisch obstructief longlijden en hart- en vaatziekten.²² Vervolgens werden nationale gegevens verzameld over de implementatie van deze maatregelen ('proces'-indicatoren) en over hun beoogde effecten op gedrag of gezondheid ('uitkomst'-indicatoren). Zo werd voor het tabaksbeleid informatie verzameld over het aantal ingevoerde tabakscontrolemaatregelen (een procesindicator) en over het percentage rokers en de sterfte aan longkanker (2 uitkomstindicatoren). De gegevens over deze indicatoren, die alle betrekking hebben op het jaar 2008 of een zo nabij mogelijk gelegen jaar, werden ontleend aan internationale databanken, aangevuld met gegevens uit gepubliceerde vergelijkende studies. De belangrijkste bron van gegevens was de 'Health for all database' van het Europese kantoor van de WHO (<http://data.euro.who.int/>

hfadb), maar daarnaast werden diverse andere bronnen gebruikt. Bronvermeldingen worden onder de tabellen met resultaten gegeven. We streefden naar 2 of 3 indicatoren voor elk terrein van gezondheidsbeleid, met zo weinig mogelijk inhoudelijke overlap tussen de indicatoren. De 27 geselecteerde indicatoren maakten het ook mogelijk voor ieder land een samenvattende score te construeren. Hierbij werd eerst voor iedere indicator bepaald of het betreffende land zich in het hoogste, middelste of laagste tertiel van de Europese verdeling bevond, waarna het verschil werd berekend tussen het percentage indicatoren in het hoogste en dat in het laagste tertiel.

Europa werd gedefinieerd als de Europese regio van de WHO, met uitzondering van ministaten als Monaco en Liechtenstein en met uitzondering van Turkije, Israël en de Centraal-Aziatische republieken, en omvatte in onze analyse 43 landen. Voor een uitgebreidere weergave van de gebruikte gegevens en gevolgde methoden wordt naar elders verwezen.⁹

RESULTATEN

Tabel 1 laat zien dat Nederland op meer dan de helft van de indicatoren een gunstiger score heeft dan het Europese gemiddelde. Bijzonder gunstig (dat wil zeggen: valend in het hoogste tertiel van de Europese verdeling) zijn de Nederlandse cijfers op het gebied van zwangerschap en bevalling, jeugdgezondheidszorg, hoge bloeddruk, kankerscreening, verkeersveiligheid, en luchtverontreiniging. Nederland is er op al deze terreinen bovengemiddeld in geslaagd effectieve maatregelen te implementeren of goede uitkomsten te realiseren.

Minder gunstig zijn de cijfers op het gebied van tabak, alcohol, voeding en infectieziekten. Nederland heeft een gemiddelde score op de 'Tobacco control scale', een samenvattende maat voor de implementatie van een scala aan tabaksontmoedigingsmaatregelen.²³ Ook de sterfte aan longkanker en het percentage rokers steken in Nederland niet bepaald gunstig af. Het alcoholbeleid is in Nederland nauwelijks strikter dan het Europese gemiddelde, maar de alcoholconsumptie en vooral de sterfte aan levercirrose zijn wel lager dan gemiddeld. Niet alleen de groente- en fruitconsumptie maar ook de vetconsumptie ligt in Nederland boven het Europese gemiddelde. Het aantal besmettingen met MRSA en het percentage ouderen dat gevaccineerd wordt tegen influenza is in Nederland relatief gunstig, maar dat geldt niet voor de aids-incidentie.

SAMENVATTENDE SCORE

De figuur toont voor alle 43 landen de samenvattende score. In de Europese rangorde op basis van deze score staat Nederland op de 5e plaats, na Zweden, Noorwegen,

TABEL 1 'Proces'- en 'uitkomst'-indicatoren voor het Nederlandse gezondheidsbeleid, vergeleken met het Europese gemiddelde

beleidsterrein	indicator	eenheid	jaar	Nederland	Europa; gemiddelde (SD)
tabak	'Tobacco control scale' ²³	0-100	2010	46	46 (10)
	dagelijks roken (m)*	%	2008	32	32 (10)
	longkankersterfte (m)*	per 100.000	2007	68	62 (19)
alcohol	'Alcohol controle index' ³⁷	0-40	2005	16	14 (9)
	alcoholconsumptie ³⁸	l per inwoner	2009	10	12 (2)
	levercirrosesterfte (m)*	per 100.000	2008	6	26 (22)
voeding	jodiumdeficiëntie ³⁹	% < 100 µg/l	<2007	31	35 (20)
	vetconsumptie*	energie%	2007	37	33 (6)
	fruit- en groenteconsumptie*	kg per inwoner	2007	239	217 (63)
zwangerschap en bevalling	tienezwangerschap*	% van alle zwangerschappen	2008	1,4	5,4 (3,8)
	neonatale sterfte*	per 1000 geboren	2009	2,9	3,9 (2,4)
	maternale sterfte*	per 100.000 geboren	2007-9	4,7	11,0 (8,9)
jeugdgezondheidszorg	mazelenimmunisatie*	%	2008	97	95 (5)
	'Child safety score' ⁴⁰	0-60	2009	46	36 (6)
	postneonatale sterfte*	per 1000 geboren	2009	1,0	2,1 (1,3)
infectieziekten	aids-incidentie*	per 100.000	2009	1,5	1,5 (1,4)
	MRSA-infecties ⁴¹	% positieve kweken	2010	2,6	4,4 (5,4)
	influenzavaccinatie (boven 65) ⁴²	%	2008	61	53 (18)
hoge bloeddruk	gemiddelde bloeddruk (m) ⁴³	mmHg	2008	131	133 (3)
	cerebrovasculaire sterfte (v)*	per 100.000	2008	34	77 (49)
kankerscreening	borstkankerscreening ⁴⁴	0-2	<2000	2	n.a.
	baarmoederhalskankersterfte*	per 100.000	2008	2,4	5,8 (3,8)
verkeersveiligheid	veiligheidsgordelgebruik ⁴⁵	%	2007	94	81 (17)
	auto-inzittendensterfte ⁴⁵	per 10.000 voertuigen	2007	0,5	2,8 (2,8)
	voetgangerssterfte ⁴⁵	per 10.000 voertuigen	2007	0,1	1,5 (2,0)
luchtverontreiniging	zwaveldioxide-uitstoot†	ton (*1000)	2009	2,3	13,4 (17,0)
	stedelijke ozonconcentratie‡	µg/m ³ ‡	2009	1360	3584 (2058)
samenvattende score	% hoogste min % laagste tertiel	%	ca. 2008	56	5 (43)

n.a. = berekening van gemiddelde en SD niet aangewezen, omdat de score niet op een intervallschaal is gemeten (0 = geen screening, 1 = regionale of proefscreening, 2 = landelijke screening)

* WHO 'Health for all database' (<http://data.euro.who.int/hfad/>)

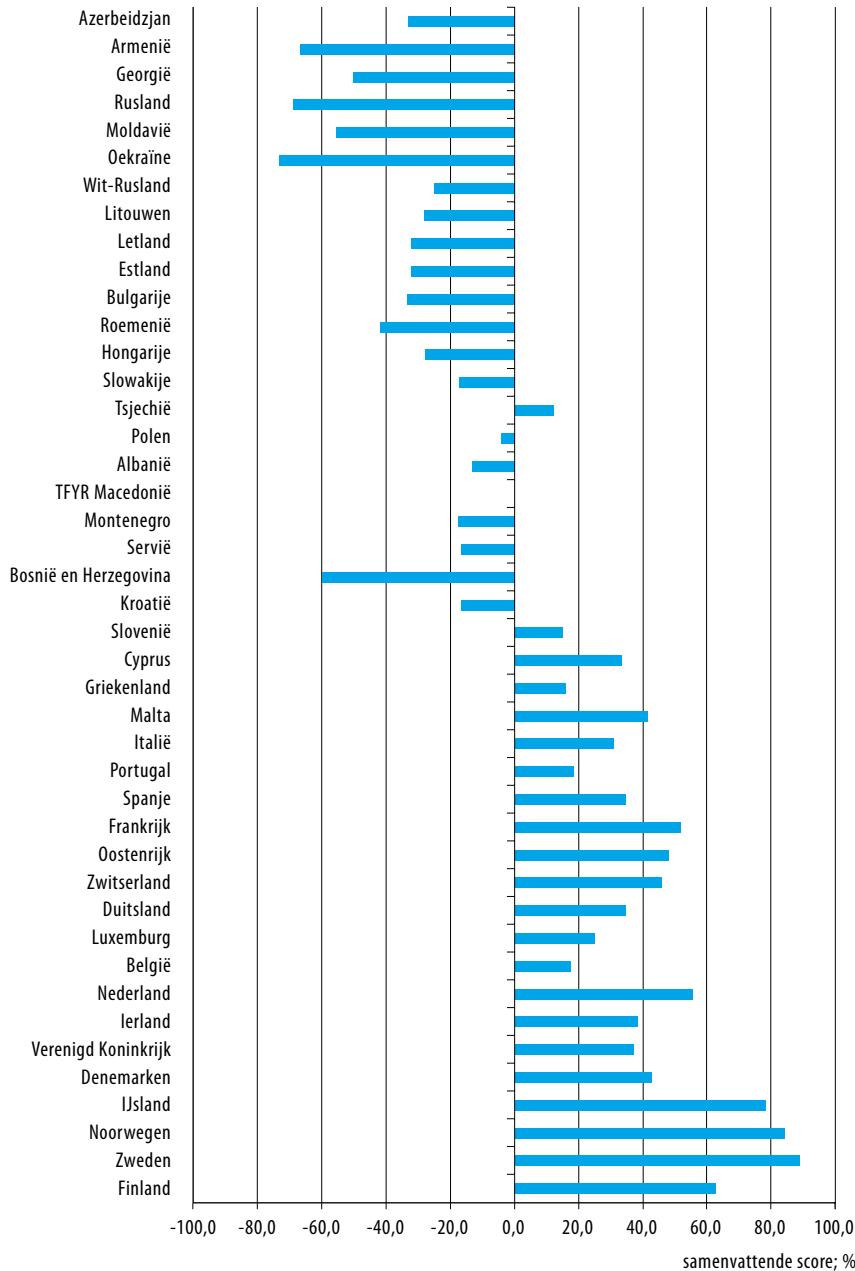
† Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>)

‡ Som van dagelijkse piekconcentraties

IJsland en Finland. Nederland doet het aanzienlijk beter dan buurlanden België en Duitsland, en ook dan het Verenigd Koninkrijk. Er tekenen zich binnen Europa enkele groepen landen af die het beduidend beter of juist slechter doen dan andere. De Scandinavische landen hebben, met uitzondering van Denemarken, een bijzonder goede samenvattende score, dankzij bovengemiddelde resultaten op vrijwel alle gebieden van gezondheidsbeleid. De landen van de voormalige Sovjet-Unie doen het bijzonder slecht, en dat geldt in iets mindere mate ook voor de landen in Centraal- en Oost-Europa (met uitzondering van

Tsjechië), die op veel terreinen benedengemiddelde resultaten hebben.

Als Zweden, het best presterende land, als maatstaf wordt genomen, is er in Nederland nog op diverse terreinen sterfte die met gezondheidsbeleid te voorkomen is (tabel 2). Het gaat om longkanker (alleen mannen; 55% oversterfte in Nederland ten opzichte van Zweden), zuigelingensterfte (32 à 33% oversterfte), borstkanker (30% oversterfte), en verkeersongevallen (25 à 31% oversterfte). Op andere terreinen ligt het Nederlandse sterftecijfer onder het Zweedse.



FIGUUR Samenvattende score voor de resultaten van het gezondheidsbeleid in 43 Europese landen. De samenvattende score werd berekend door voor iedere indicator te bepalen of het betreffende land zich in het hoogste, middelste of laagste tertiel van de Europese verdeling bevond, waarna het verschil werd berekend tussen het percentage indicatoren in het hoogste en dat in het laagste tertiel.

TFYR = 'the former Yugoslav republic'; de voormalige Joegoslavische republiek

BESCHOUWING

Deze studie laat zien dat Nederland wat zijn preventieve gezondheidsbeleid betreft in Europa tot de 'subtop' behoort. Deze plaats in de rangorde wordt natuurlijk

sterk bepaald door de landen die in de vergelijking worden betrokken. Recente studies van het RIVM benoemen Nederland meestal als 'middenmoter', maar laten daarbij Centraal- en Oost-Europa en de voormalige Sovjet-Unie vaak buiten beschouwing.¹⁻³ Op grond van de hier in

TABEL 2 Oversterfte in Nederland in vergelijking met Zweden in 2009

doodsoorzaak	♂	♀		
	overledenen; n	oversterfte ten opzichte van Zweden*; n (%)	overledenen	oversterfte ten opzichte van Zweden*; n (%)
longkanker	6709	3709 (55)	3714	0 (0)
levercirrose	557	0 (0)	314	0 (0)
ischemische hartziekte	6004	0 (0)	4378	0 (0)
zuigelingensterfte†	378	123 (33)	317	102 (32)
maternale sterfte	n.v.t.	n.v.t.	4	0 (0)
externe oorzaken	23	0 (0)	12	1 (12)
infectieziekten	408	20 (5)	266	0 (0)
cerebrovasculaire aandoening	3462	0 (0)	5377	0 (0)
baarmoederhalskanker	n.v.t.	n.v.t.	205	0 (0)
borstkanker	n.v.t.	n.v.t.	3213	948 (30)
verkeersongeval	508	125 (25)	202	63 (31)

* Oversterfte werd berekend door het Zweedse sterftecijfer af te trekken van het Nederlandse. Alle gebruikte sterftecijfers waren leeftijdsgestandaardiseerd m.b.v. de Europese standaardpopulatie. Indien het Nederlandse sterftecijfer lager was dan het Zweedse werd het verschil op 0 gesteld. Bron: <http://data.euro.who.int/hfad/>.

† Neonatale en postneonatale sterfte werden samengenomen tot de zuigelingensterfte.

beschouwing genomen 10 terreinen legt Nederland het alleen tegen de Scandinavische landen af.

Deze studie heeft een aantal beperkingen, die samenhangen met enerzijds onvolledigheid van internationaal vergelijkbare gegevens en anderzijds onzekerheid over de validiteit van de gebruikte indicatoren. Nederland heeft nationale gegevens over alle 10 terreinen van gezondheidsbeleid, maar dat geldt lang niet voor alle landen. Vooral in Centraal- en Oost-Europa en de voormalige Sovjet-Unie ontbreken nogal wat gegevens; dat geldt overigens ook voor België. Vermoedelijk is het ontbreken van deze gegevens een indicatie voor een minder systematisch gezondheidsbeleid, waardoor de prestaties van minder goed presterende landen worden geflatteerd. Wanneer de ontbrekende gegevens echter worden aangevuld, door hiervoor het gemiddelde van andere landen in dezelfde regio te nemen, verandert de samenvattende score niet (correlatie: 0,98).⁹ Onvolledigheid van gegevens is dus geen aanleiding om over de Nederlandse positie in de internationale rangorde te twijfelen. Dat geldt ook voor de vergelijkbaarheid van de gegevens, die afkomstig zijn uit geharmoniseerde internationale databestanden (zoals in het geval van de 'Health for all database' van het Europese kantoor van de WHO) dan wel uit internationaal vergelijkende studies met gemeenschappelijke definities en dataverzamelingsprotocollen (zoals in het geval van tabakscontrole, kankerscreening en verkeersveiligheid).

De indicatoren voor gezondheidsbeleid werden speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld en zijn niet onafhankelijk daarvan gevalideerd. We kunnen er ook niet in alle gevallen zeker van zijn dat de gehanteerde uitkomstindicatoren uitsluitend het effect van gezondheidsbeleid weerspiegelen. Ook gunstige leefomstandigheden zullen bij de goede Nederlandse resultaten een rol spelen, bijvoorbeeld in het geval van (post)neonatale sterfte. In veel gevallen zijn echter plausibele relaties gevonden tussen de implementatie van beleid enerzijds en de hier gehanteerde gedrags- of gezondheidsuitkomsten anderzijds. Zo gaat een hogere score van een land op de 'Tobacco control scale'samen met een lager percentage rokers,²⁴ hangt een strikter alcoholbeleid samen met een lagere alcoholconsumptie,²⁵ hangt joderen van keukenzout samen met een lagere prevalentie van jodiumdeficiëntie,²⁶ hebben landen met een beter georganiseerd bevolkingsonderzoek een lagere sterfte aan baarmoederhalskanker,²⁷ en zijn de effecten van nationale programma's op het terrein van de verkeersveiligheid terug te vinden in een lagere verkeerssterfte.²⁸ Niettemin is enige voorzichtigheid geboden en is het verstandig om niet op een enkele indicator af te gaan. In het Nederlandse geval levert de combinatie van een matige score op de 'Tobacco control scale' met een relatief hoog percentage rokers en een hoge longkankersterfte meer zekerheid op over tekortschietend gezondheidsbeleid dan de geïsoleerde

LEERPUNTEN

- In Nederland staat de volksgezondheid op een hoog peil, maar het is niet goed bekend of dit het resultaat is van een bovengemiddeld succesvol gezondheidsbeleid.
- Op een ranglijst met een samenvattende score van 27 indicatoren staat Nederland op de 5e plaats, na Zweden, Noorwegen, IJsland en Finland.
- Een vergelijking met het succesvolste land, Zweden, geeft aan dat er in Nederland ook nog veel gezondheidswinst is te bereiken met preventief gezondheidsbeleid.
- Er valt met name winst te behalen met beleid gericht op een daling in de sterfte aan longkanker, borstkanker en verkeersongevallen en een daling van de zuigelingensterfte.

bevinding van een matige score op alcoholcontrole (zie tabel 1).

POLITIEKE WIL

Hoe moeten we de Nederlandse positie, zoals die uit dit onderzoek naar voren komt, waarderen? Daarvoor moeten ook de determinanten van de onderzochte indicatoren van gezondheidsbeleid in beschouwing worden genomen. Uit eerder onderzoek blijkt dat deze indicatoren onder meer bepaald worden door het nationaal inkomen (gunstiger uitslagen bij een hoger nationaal inkomen),²⁹ het waardepatroon in de bevolking (gunstiger uitslagen naarmate de bevolking meer belang hecht aan zelfexpressie),³⁰ de effectiviteit van het openbaar bestuur (gunstiger uitslagen bij een effectiever bestuursapparaat)³¹, de mate van democratie (gunstiger uitslagen bij een hoger democratisch gehalte van het politieke systeem),³² regeringsdeelname van linkse partijen (gunstiger uitslagen bij meer regeringsdeelname van sociaaldemocratische partijen),^{33,34} en etnische versplintering

(gunstiger uitslagen bij grotere etnische homogeniteit).³⁵ In onze vergelijkende analyse van de resultaten van gezondheidsbeleid in 43 Europese landen vonden wij dat elk van deze factoren met één of meer van de 27 onderzochte indicatoren samenhangt.⁹

Voor de meeste van deze determinanten geldt dat Nederland zich in een bijzonder gunstige positie bevindt (tabel 3). Nederland heeft een hoog nationaal inkomen (waardoor er financiële middelen zijn om preventief gezondheidsbeleid te voeren), een bevolking met een modern waardepatroon (waardoor er draagvlak is om maatregelen te nemen die de gezondheid bevorderen), een effectief bestuursapparaat (waardoor genomen besluiten ook daadwerkelijk in maatregelen worden omgezet), een goed functionerende democratie (waardoor politici periodiek verantwoording voor hun beleid af moeten leggen aan de kiezers), en een minder dan gemiddelde mate van etnische versplintering (waardoor er relatief veel draagvlak is voor collectieve maatregelen).

Datzelfde geldt echter voor Zweden, een land met nog aanzienlijk betere prestaties. Wat betreft de hiervoor genoemde determinanten is het enige verschil dat in Zweden, en andere Scandinavische landen, de regeringsdeelname van sociaaldemocratische partijen aanzienlijk groter is geweest dan in Nederland. Over de periode 1990-2009 hadden deze partijen in Zweden gemiddeld 69% van de kabinetszetels, tegen 32% in Nederland. Gezien over de hele naoorlogse periode zijn de verschillen nog veel groter.³⁶ Gezien de eerder gevonden samenhang tussen regeringsdeelname van sociaaldemocratische partijen en diverse gezondheidsuitkomsten,^{33,34} en de ook in onze gegevens gevonden samenhang tussen langetermijnregeringsdeelname van sociaaldemocratische partijen en de 27 indicatoren van gezondheidsbeleid (nog niet gepubliceerde data), is het denkbaar dat het verschil tussen Nederland en Zweden uiteindelijk moet worden teruggevoerd op verschillen in politieke wil. Dat

TABEL 3 Enkele determinanten van gezondheidsbeleid: situatie in Nederland in vergelijking met het Europese gemiddelde

variabele	eenheid	jaar	Nederland	Europa; gemiddelde (SD)
bruto nationaal product*	internationale \$ per inwoner	2000	31927	18227 (12866)
zelf-expressie waarden ³⁰	factorscore (-2 tot +2)	2000/06	1,94	0,11 (1,26)
democratie†	score (-10 tot +10)	2000	10	7,73 (4,27)
effectiviteit van bestuur	gestandaardiseerde score (gem. 0, sd 1)	2002	2,09	0,79 (1,06)
linkse partijen in de regering†	% kabinetszetels	1990-2009	31,86	37,66 (15,45)
etnische versplintering†	kans niet in zelfde groep (0-1)	2001	0,11	0,29 (0,19)

* WHO 'Health for all database' (<http://data.euro.who.int/hfad/>)

† 'Quality of government dataset' (<http://www.qog.pol.gu.se/data/>)

lijkt in elk geval te gelden voor het aanzienlijk terughoudender tabaksbeleid in Nederland, dat sterk achterblijft bij wat op grond van bijvoorbeeld nationaal inkomen en waardepatroon in de bevolking kan worden verwacht.

CONCLUSIE

Wij concluderen op grond van deze unieke analyse van objectieve gegevens dat Nederland een van de succesvolste Europese landen is wat betreft preventief gezondheidsbeleid. Toch is er op verschillende terreinen nog ruimte voor verdere verbetering. Wij hopen dat onze internationale benchmarkgegevens een stimulans zijn om te streven naar de echte top.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 17 december 2012

Peter Anderson, Ahti Anttila, Béatrice Blondel, Caroline Bollars, Laura Currie, Anna Gilmore, Patrick Goodman, Susann Henschel, Babak Khoshnood, José Martin-Moreno, Andrew McCulloch, Sylvia Medina, Francesco Mitis, Ionela Petrea, Ralf Reintjes, Liselotte Schäfer Elinder, Dinesh Sethi, Ingrid Wolfe, en Jennifer Zeitlin leverden een belangrijke bijdrage aan het boek *Successes and failures of health policy in Europe* waarop dit artikel is gebaseerd; de Rockefeller Foundation faciliteerde een verblijf in hun Bellagio Center; Marina Karanikolos assisteerde bij het verzamelen en bewerken van een deel van de gegevens.

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157:A5686

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/ONDERZOEK**

LITERATUUR

- Hollander AEMd, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAMv, Polder JJ, editors. *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2006.
- Wilk EAvd, Melse JM, Broeder JMd, Achterberg PW, editors. *Leren van de bureu. Beleid publieke gezondheid internationaal bezien*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2007.
- Harbers MM, Wilk EAvd, Kramers PGN, Kuunders MMAP, Verschuuren M, Eliyahu H, et al. Dare to compare. Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2008.
- Allin S, Mossialos E, McKee M, Holland W. Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: European Observatory of Health Systems; 2004.
- Brand H, Aluttis C. Reviewing public health capacity in the EU. Final report. Maastricht: Maastricht University; 2011.
- Mackenbach JP, ed. *Successen van preventie 1970-2010*. Rotterdam: Erasmus Publishing/ Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg; 2011.
- Control CfD. Ten great public health achievements – United States, 1900-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999;48:241-3.
- Ward JW, Warren C, eds. *Silent victories. The history and practice of public health in twentieth-century America*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Mackenbach JP, McKee M, eds. *Successes and failures of health policy in Europe: Four decades of diverging trends and converging challenges*. Buckingham: Open University Press; 2013.
- World Health Organization. *MPOWER: A policy package to reverse the tobacco epidemic*. Geneva: World Health Organization, 2008.
- World Health Organization. *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009.
- World Health Organization. *Iodine deficiency in Europe. A continuing public health problem*. Geneva: World Health Organization; 2007.
- World Health Organization. *WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
- EURO-PERISTAT project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. *European Perinatal Health Report*. available www.europeristat.com, 2008.
- World Health Organization Europe. *Policies to reduce unintentional injuries from falls, drowning, poisoning, fires and choking in children and adolescents*. Copenhagen: WHO; 2007.
- Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S. Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *Int J Epidemiol*. 2005;34:874-887.
- Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*. 2010;375:1014-28.
- Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane database of systematic reviews*. 2010;(2):CD004876.
- Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane database of systematic reviews*. 2009;(4):CD000028.
- Von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, et al. *Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening, first report*. International Agency for Research on Cancer & Directorate General for Health and Consumers, 2008.
- Racioppi F. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2004.
- World Health Organization. *Health aspects of air pollution. Results of the WHO project 'Systematic review of health aspects of air pollution in Europe'*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
- Joossens L, Raw M. *The Tobacco Control Scale 2010 in Europe*. Brussels: Association of the European Cancer Leagues, 2011.

- 24 Joossens L, Raw M, Godfrey F. Chapter 4. The impact of tobacco-control policy on smoking in the European Union. In: Consortium A, editor. Tobacco or health in the European Union Past, present and future. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004.
- 25 Brand DA, Saisana M, Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med*. 2007;4:e151.
- 26 Andersson M, de Benoist B, Rogers L. Epidemiology of iodine deficiency: Salt iodisation and iodine status. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2010;24:1-11.
- 27 Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, Bray F, Anttila A. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *European journal of cancer*. 2009;45:2640-8.
- 28 World Health Organization. European status report on road safety. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
- 29 Preston SH. The changing relation between mortality and level of economic development. *International journal of epidemiology*. 1975;29:231-48.
- 30 Inglehart R, Welzel C. *Modernization, Cultural Change and Democracy*. New York: Cambridge University Press; 2005.
- 31 Klomp J, De Haan J. Effects of governance on health: a cross-national analysis of 101 countries. *Kyklos*. 2008;61:599-614.
- 32 Klomp J, de Haan J. Is the political system really related to health? *Social science & medicine*. 2009;69:36-46.
- 33 Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodriguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *Lancet*. 2006;368:1033-7.
- 34 Muntaner C, Borrell C, Ng E, Chung H, Espelt A, Rodriguez-Sanz M, et al. Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociology of health & illness*. 2011;33:946-64.
- 35 Powell-Jackson T, Basu S, Balabanova D, McKee M, Stuckler D. Democracy and growth in divided societies: A health-inequality trap? *Social science & medicine*. 2011;73:33-41.
- 36 Huber E, Stephens JD. *Development and crisis of the welfare state*. Chicago and London: Chicago University Press; 2001.
- 37 Karlsson K, Osterberg E. *Scaling alcohol control policies across Europe*. Eurocare Bridging the Gap Project. 2007.
- 38 Anderson P, Møller L, Galea G. *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: World Health Organization, 2012.
- 39 Andersson M, de Benoist B, Darnton-Hill I, Delange F. *Iodine deficiency in Europe: a continuing public health problem*. Geneva: World Health Organization and UNICEF, 2007.
- 40 European Child Safety Alliance. *Child Safety Report Card 2009*. Europe Summary for 24 countries. Amsterdam: European Child Safety Alliance 2009.
- 41 ECDC. *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2010*. Stockholm: European Center for Disease Control, 2011. .
- 42 Mereckiene J, Cotter S, Nicoll A, Levy-Bruhl D, Ferro A, Tridente G, et al. National seasonal influenza vaccination survey in Europe, 2008. *Euro surveillance: bulletin europeen sur les maladies transmissibles (European communicable disease bulletin)*. 2008;13(43).
- 43 Danaei G, Finucane MM, Lin JK, Singh GM, Paciorek CJ, Cowan MJ, et al. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. *Lancet*. 2011;377:568-77.
- 44 Von Karsa L, Anttila A, Ronco G, et al. *Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*. Luxembourg: European Commission and International Agency for Research on Cancer, 2008.
- 45 World Health Organization. *European status report on road safety*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.