

Vergaderjaar 2003–2004

29 300

Preventieve gezondheidszorg

Nr. 4

¹ Samenstelling:

Leden: Duivesteijn (PvdA), Giskes (D66),
Ondervoorzitter, Crone (PvdA), Rouvoet (CU),
De Vries (VVD), Voorzitter, De Haan (CDA),
Atsma (CDA), Vendrik (GL), Halsema (GL),
Kant (SP), Blok (VVD), Ten Hoopen (CDA),
Balemans (VVD), De Pater-van der Meer
(CDA), Van As (LPF), Rambocus (CDA),
Gerkens (SP), Van Vroonhoven-Kok (CDA),
Varela (LPF), De Nerée tot Babberich (CDA),
Aptroot (VVD), Blom (PvdA), Douma (PvdA),
Stuurman (PvdA), Heemskerk (PvdA), Van
Dam (PvdA) en Schippers (VVD).
Plv. leden: Noorman-den Uyl (PvdA), Bakker
(D66), Fierens (PvdA), Van der Vlies (SGP), de
Grave (VVD), Mosterd (CDA), Kortenhorst
(CDA), Van Gent (GL), Duyvendak (GL), De
Ruiter (SP), Dezentjé Hamming-Bluemink
(VVD), Schreijer-Pierik (CDA), Hofstra (VVD),
Ferrier (CDA), Eerdmans (LPF), Vacature
(CDA), Vergeer (SP), De Vries (CDA), Hermans
(LPF), Mastwijk (CDA), De Krom (VVD), Smeets
(PvdA), Van Heemst (PvdA), Smits (PvdA),
Boelhouwer (PvdA), Kalsbeek (PvdA) en Van
Beek (VVD).

² Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA),
Rijpstra (VVD), De Grave (VVD), Voorzitter,
Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA),
Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Smits
(PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van
Oerle-van der Horst (CDA), Ondervoorzitter
Stiphout (CDA), Vergeer (SP), Vietsch (CDA),
Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren
(PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van
Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg
(VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en
Omtzigt (CDA).
Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA),
Griffith (VVD), Luchtenveld (VVD), Bakker
(D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom
(PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Dijssel-
bloem (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten
(PvdA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA),
De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL),
Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd
(CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA),
Heemskerk (PvdA), Blok (VVD), Kraneveldt
(LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 30 januari 2004

De commissie voor de Rijksuitgaven¹ en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² hebben een aantal vragen aan de Algemene Rekenkamer voorgelegd over het rapport «Preventieve gezondheidszorg».

De Algemene Rekenkamer heeft deze vragen beantwoord bij brief van 29 januari 2003.

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De Voorzitter van de commissie voor de Rijksuitgaven,
B. M. de Vries

De Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Grave

Adjunct-griffier van de commissie voor de Rijksuitgaven,
Noordsij

1

Wie zou naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer primair verantwoordelijk zijn voor preventie? Hoe ver mag naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer de bemoeienis van de overheid gaan op dit terrein? Wanneer is sprake van betutteling? Wat kunnen en moeten mensen zelf doen?

Ons rapport «Preventieve gezondheidszorg» is gericht op enkele onderdelen van de preventieve gezondheidszorg. Te weten: het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen en ter bestrijding van de ongezonde gedragspatronen roken en onvoldoende bewegen.

Het realiseren van de beleidsdoelen is afhankelijk van de opstelling van zowel burgers als overheid. De overheid kan, onder meer door middel van voorlichting, wetgeving, wetshandhaving en ondersteuning, gunstige randvoorwaarden creëren. Burgers kunnen kiezen voor het volgen van gezonde gedragspatronen. De minister van VWS heeft op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid onder meer als taken de landelijke sturing en ondersteuning van de preventie. Voor de door ons onderzochte onderdelen van de preventie is de minister van VWS systeemverantwoordelijk. Dit houdt in dat de minister dient te zorgen voor goede formulering van beleidsdoelen, goede keuze van beleidsinstrumenten, goede inzet van actoren bij de beleidsuitvoering en goede evaluatie en bijsturing. Wanneer de resultaten van de beleidsuitvoering afwijken van de geformuleerde beleidsdoelen, dan dient de minister zo nodig het systeem zoals dat hierboven is geformuleerd aan te passen. Hoever de bemoeienis van de overheid mag gaan, is afhankelijk van hetgeen nodig is om de gestelde beleidsdoelen te kunnen behalen en van hetgeen daarvoor aanvaardbaar wordt geacht. Dit laatste houdt een keuze in en het is vooral aan de minister en Tweede Kamer zich hierover uit te spreken.

2

Hoe wordt de verspreiding van best practices op lokaal niveau over het gehele land bevorderd? Vervult naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer de minister zijn faciliterende rol in deze goed? Ziet de Algemene Rekenkamer mogelijkheden om hier winst te behalen, en zo ja, hoe?

De minister vervult zijn faciliterende rol in deze nu nog niet goed. Voor de verspreiding van best practises over het gehele land kan de database van het Quality of interventions project (QUI) een belangrijke rol gaan spelen. Gegevens van allerlei onderzoeken en interventies zijn hierin verzameld. De minister kan zijn faciliterende rol uitbreiden door de database QUI uit te laten breiden met gegevens per project over de uitgevoerde activiteiten, de bevolkingsomvang van de regio, de omvang van de bereikte doelgroep en de effectiviteit van het project. De minister van VWS heeft het initiatief genomen om de QUI database uit te breiden zodat deze een landelijk beeld kan geven van de prioriteiten uit de nota Preventiebeleid, maar ons is niet duidelijk wat dit precies inhoudt. Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) gaat een database Sport, bewegen en gezondheid opzetten, zodat informatie over good practises van beweegprogramma's bewaard blijft en voor alle partijen toegankelijk is. Onduidelijk is in hoeverre informatie verzameld wordt over de in de projecten uitgevoerde activiteiten, de bevolkingsomvang van de regio, de omvang van de bereikte doelgroep en de effectiviteit van de projecten.

3

Vindt de Algemene Rekenkamer dat concrete maatregelen met betrekking tot sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) voldoende zijn uitgewerkt in de nota Preventiebeleid (22 894, nr. 20)? Op welke onderdelen is de uitwerking van dergelijke maatregelen naar het oordeel van de

Veel acties in de nota Preventiebeleid moeten nog uitgewerkt worden. In de nota staat niet welke effecten van de acties verwacht worden, dus welke gevolgen de acties zullen hebben voor de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal-economische status. De Algemene Rekenkamer constateert dat de aangekondigde maatregelen een fractie zijn van de agenda van maatregelen uit 2001. Het kabinetsstandpunt van november 2001 (Tweede Kamer, 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 18, p. 7–10) noemt het beleidsdoel «zeer ambitieus» en geeft als agenda van maatregelen 21 aandachtspunten op het gebied van onder meer inkomen, onderwijs, arbeid en gezondheidszorg. Dit roept de vraag op of de aangekondigde maatregelen in de nota Preventiebeleid wel voldoende zijn om het beleidsdoel te realiseren.

4

Geven de resultaten van dit onderzoek van de Algemene Rekenkamer aanleiding om kritisch naar alle onderdelen van de preventieve gezondheidszorg te kijken?

De resultaten van het onderzoek geven de Algemene Rekenkamer geen aanleiding om kritisch naar andere onderdelen van de preventieve gezondheidszorg te kijken. De resultaten van dit onderzoek naar het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen en ter bestrijding van ongezonde gedragspatronen (roken en onvoldoende bewegen) laten een wisselend beeld zien. Dit is echter geen indicatie voor de situatie in andere onderdelen van de preventieve gezondheidszorg, omdat de onderdelen inhoudelijk nogal uiteenlopen.

5

Vindt de Algemene Rekenkamer dat beleidsinstrumenten die zijn gericht op lage sociaal-economische statusgroepen adequaat werken?

Activiteiten voor het bestrijden van sociaal-economische gezondheidsverschillen moeten grotendeels nog worden uitgewerkt en ter hand genomen. Het is derhalve nog niet mogelijk om te beoordelen of deze adequaat werken.

6

Vindt de Algemene Rekenkamer de samenhang tussen de verschillende beleidsdoelen logisch? Zijn er ook andere routes om te komen tot langer gezond leven en verhogen van de kwaliteit van leven bij ziekte? Zo ja, welke en met welke effectieve instrumenten kunnen deze routes het best gefaciliteerd worden?

Er is een logische samenhang tussen de beleidsdoelen betreffende:

- langer gezond leven en verhogen van de kwaliteit van leven bij ziekte;
- terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen;
- inkomen, scholing en grotestedenbeleid;
- gezondheidsbevordering door een gezonde en sportieve levensstijl.

Andere routes om te komen tot langer gezond leven en verhogen van de kwaliteit van leven bij ziekte en effectieve instrumenten waarmee deze routes het best gefaciliteerd kunnen worden zijn uit ons onderzoek niet naar voren gekomen.

7

Hoeveel geld wordt, behalve vanuit het ministerie van VWS, vanuit andere ministeries besteed aan preventie? Hoeveel particulier geld wordt naar schatting besteed aan preventie?

In de begroting 2004 van het ministerie van VWS worden de uitgaven vanuit de VWS-begroting en vanuit de sociale premiegelden (AWBZ en Ziekenfonds) vermeld (zie verder het antwoord op vraag 11). Uit de begroting blijkt niet dat andere ministeries geld aan gezondheidspreventie besteden. Het bedrag dat door particulieren wordt besteed is onbekend.

8

Zijn er aanwijzingen dat gezondheidsverschillen de afgelopen tien jaar zijn toegenomen? In welk opzicht zijn de verschillen hardnekkig? Zijn verschillen met de tijd hardnekkiger geworden?

Op grond van de beschikbare gegevens zijn trends in de gezondheidsverschillen niet goed vast te stellen (Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM, 2002). Dit wordt veroorzaakt door de wijze waarop de sociaal-economische status is gemeten. Deze is bepaald op basis van het opleidingsniveau en was eerst onderverdeeld in drie niveaus en later in vier niveaus. Wel wordt geconstateerd dat de gegevens zoals gerapporteerd in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2002 ten opzichte van de VTV 1997 hoogstens duiden op een stabilisatie van de gezondheidsverschillen. Daarom zijn de verschillen hardnekkig genoemd.

9

Is het juist dat het voortouw bij het bevorderen van interdepartementale en internationale samenwerking op het terrein van preventieve gezondheidszorg bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ligt? Zo niet, wie moet volgens de Algemene Rekenkamer de regie in deze voeren? Vervult de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport deze taak voldoende naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer?

Op grond van artikel 7 van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid heeft de minister van VWS voor de preventie onder meer als taak het bevorderen van interdepartementale en internationale samenwerking. Wat betreft de interdepartementale samenwerking met betrekking tot het beleid dat is gericht op het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, heeft de minister aangegeven niet verantwoordelijk te zijn voor beleidsterreinen van andere departementen. Het voorstel van de commissie-Albeda om een stuurgroep in te stellen voor de problematiek rondom sociaal-economische gezondheidsverschillen is door de minister niet overgenomen. Het ministerie van VWS vindt het niet nodig andere ministeries actief te betrekken bij de concrete ontwikkeling van dit beleid, onder andere omdat de andere ministeries al achterstandenbeleid hebben.

De nota Preventiebeleid van oktober 2003 geeft geen overzicht van de verwachte en gerealiseerde bijdragen die het achterstandenbeleid van andere ministeries levert aan het bestrijden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een dergelijk overzicht zou echter naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer van nut zijn bij het monitoren van de uitvoering van het beleid. De minister van VWS kan meer invulling geven aan de interdepartementale samenwerking door met de andere ministers gezamenlijk te rapporteren over de resultaten van het achterstandenbeleid en de invloed hiervan op de gezondheidsachterstanden van lagere sociaal-economische groepen. Dergelijke rapportages zouden periodiek aan de Tweede Kamer verstrekt kunnen worden.

10

Wat vindt de Algemene Rekenkamer van de verantwoordelijkheidsverdeling als het gaat om preventiebeleid? Waar moet de minister op afgerekend kunnen worden?

Ons onderzoek betreft het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen en ter bestrijding van de ongezonde gedragspatronen roken en onvoldoende bewegen. De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de minister van VWS en andere actoren, waaronder burgers, sluiten in opzet goed op elkaar aan. De minister is systeemverantwoordelijk. Dit houdt in dat de minister dient te zorgen voor goede formulering van beleidsdoelen, goede keuze van beleidsinstrumenten, goede inzet van actoren bij de beleidsuitvoering en goede evaluatie en bijsturing. Wanneer de resultaten van de beleidsuitvoering afwijken van de geformuleerde beleidsdoelen, dan dient de minister zo nodig het hierboven geformuleerde systeem aan te passen. Hierop kan de minister worden afgerekend.

Over de feitelijke werking van het systeem is informatie opgenomen in de antwoorden op de vragen 3, 5 en 9.

11

Vindt de Algemene Rekenkamer dat het financieel belang van preventie voldoende samenhangend tot uiting komt in de verschillende beleidsstukken? Waar acht de Algemene Rekenkamer verbeteringen mogelijk?

Voor de preventieve gezondheidszorg worden de zorguitgaven per jaar geraamd en vermeld in de begroting van VWS. De uitgaven in de Begroting 2004 voor preventie en gezondheidsbescherming bedragen € 421 miljoen via de VWS-begroting en € 211 miljoen uit sociale premiegelden. Verbeteringen in de presentatie zijn naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer niet nodig.

12

Hoe groot acht de Algemene Rekenkamer het risico dat de beleidsdoelstelling «terugdringen sociaal economische gezondheidsverschillen» niet wordt gehaald?

De doelstelling houdt in dat de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal-economische status wordt verlengd van 53 jaar nu tot 56 jaar in 2020. In het kabinetsstandpunt van november 2001 is deze doelstelling «zeer ambitieus» genoemd. Zoals al vermeld bij vraag 3, moeten veel acties in de nota Preventiebeleid nog uitgewerkt worden. In de nota staat niet welke effecten van de acties verwacht worden, dus welke gevolgen de acties zullen hebben voor de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal-economische status. Het is daarom moeilijk te beoordelen of het doel realistisch is. Om het risico dat het beleidsdoel niet wordt gehaald te beperken, zouden bovendien enkele tussendoelen kunnen worden vastgesteld voor bijvoorbeeld 2007, 2011 en 2015. Ook zou de minister van VWS gezamenlijk met de andere ministers periodiek kunnen rapporteren over de resultaten van het achterstandenbeleid en over de invloed hiervan op de gezondheidsachterstanden van lagere sociaal-economische groepen. Als de aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen zoals die is aangegeven in de nota Preventiebeleid niet wordt aangevuld, dan acht de Algemene Rekenkamer het risico groot dat de beleidsdoelstelling, die zeer ambitieus is genoemd, niet wordt gehaald.

13

Welke omgevingsfactoren, anders dan eigen gedragingen, inactiviteit en roken, zijn van invloed op sociaal-economische gezondheidsverschillen? Hoeveel van deze factoren acht de Algemene Rekenkamer door burgers zelf beïnvloedbaar?

Uit longitudinale studie (geciteerd in Eindrapport commissie-Albeda, april 2001, 3.2) blijkt dat drie groepen determinanten een bijdrage leveren aan sociaal-economische gezondheidsverschillen, te weten:

- gedragsfactoren: met name roken, excessief alcoholgebruik, gebrek aan lichaamsbeweging, geringe consumptie van groente en fruit en overgewicht;
- psychosociale factoren: sommige psychosociale stressoren, bijvoorbeeld ten gevolge van financiële problemen, en bepaalde persoonlijkheidskenmerken, bijvoorbeeld externe beheersingsoriëntatie en hostiliteit;
- materiële of structurele omgevingsfactoren: laag inkomen, ongunstige arbeidsomstandigheden en wonen in een achterstandsbuurt.

Van deze determinanten zijn de gedragsfactoren het meest door burgers zelf beïnvloedbaar. Voor de psychosociale en materiële of omgevingsfactoren is dit vermoedelijk minder het geval.

14

Hoe wordt in andere landen beleid ter bestrijding van sociaal economische gezondheidsverschillen vormgegeven? Op welke onderdelen zijn deze landen effectiever in de aanpak?

Voor ons onderzoek hebben wij prioriteit gegeven aan het onderzoeken van de beleidsdoelformulering, keuze van beleidsinstrumenten, beleidsuitvoering en evaluatie/bijsturing waarvoor de minister van VWS verantwoordelijk is. Hierbij hebben wij gebruik gemaakt van onze bevoegdheid informatie op het ministerie te verzamelen. Door deze aanpak is er geen aandacht gegeven aan het beleid ter bestrijding van sociaal economische gezondheidsverschillen in het buitenland.

15

Vindt de Algemene Rekenkamer een beleidsvoorbereiding «bestrijden sociaal economische gezondheidsverschillen» van tien jaar te lang? Zo nee, waarom niet? Had Nederland naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer al eerder kunnen beginnen met implementatie?

De Algemene Rekenkamer heeft in het onderzoek niet beoordeeld of de voorbereidingsperiode van 1991 tot 2001 te lang is geweest. Wel moet worden geconstateerd dat het opstellen van een implementatieplan twee jaar in beslag nam, van november 2001 tot oktober 2003. Deze activiteiten resulteerden in vijf voorgenomen acties, waarvan er vier nog concreet uitgewerkt moeten worden (zie ook het antwoord op vraag 3). Met implementatie kan pas verantwoord worden begonnen nadat een implementatieplan is opgesteld. Doordat dit plan nog ontbrak kon niet eerder met implementatie worden begonnen.

16

Vindt de Algemene Rekenkamer dat het kabinet er adequaat in is geslaagd om het implementatieplan geheel te integreren in de nieuwe preventie-nota? Zo nee, op welke onderdelen is het kabinet daar naar de mening van de Algemene Rekenkamer (nog) niet in geslaagd?

Zie het antwoord op vraag 3.

17

Op welke punten zou volgens de Algemene Rekenkamer de minister actie kunnen ondernemen om een optimale voortrekkersrol te vervullen als het gaat om het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen?

Zie het antwoord bij vraag 9.

18

Waaruit blijkt volgens de Algemene Rekenkamer de effectiviteit en de niet-effectiviteit van instrumenten ter vermindering van het percentage rokers?

De Algemene Rekenkamer stelt als norm dat de keuze van beleidsinstrumenten moet zijn onderbouwd met informatie over onder meer de verwachte effectiviteit van het beleidsinstrument. Deze informatie kan worden ontleend aan literatuur of rapportages van uitgevoerde experimenten en moet aangeven welke effecten het beleidsinstrument oplevert met betrekking tot het geformuleerde beleidsdoel.

19

Wat is de reden van het feit dat gegevens omtrent de kosteneffectiviteit van de meeste van de instrumenten ter vermindering van het percentage rokers ontbreken? Hoe kan de minister dit verbeteren?

Voor drie belangrijke beleidsinstrumenten voor het verminderen van het percentage rokers zijn er gegevens over de kosteneffectiviteit. Voor andere beleidsinstrumenten ontbreken deze gegevens, omdat het ministerie deze gegevens niet in kaart heeft gebracht. Het is zinvol hieraan de nodige aandacht te besteden.