

Vergaderjaar 1995–1996

24 126

Volksgezondheidsbeleid 1995–1998

Nr. 14

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 12 juli 1996

In mijn brief van 18 mei 1995 over gezondheidseffectscreening zegde ik toe u in 1996 nader te informeren over bestaande methoden tot «effecttoetsing-vooraf» van beleidsinitiatieven bij de rijksoverheid. Ook kondigde ik aan u voorstellen te doen omtrent procedures in het kader van «toetsing-vooraf» op gezondheidseffecten, de zogenaemde gezondheidseffectscreening.

Met betrekking tot de eerste toezegging, het inventariseren van bestaande methoden en instrumenten voor effecttoetsing van beleidsvoornemens, heb ik onlangs het rapport Gezondheidseffectscreening; rationale modellen in hun bestuurlijke context laten publiceren¹. In dit bijgevoegde rapport treft u een overzicht aan van de instrumenten die de rijksoverheid gebruikt of in voorbereiding heeft tot toetsing vooraf van beleidsinitiatieven. Beschreven zijn: de milieu-effectrapportage, de emancipatie-effectrapportage, de bestuurs-effectrapportage, de veiligheid-effectrapportage, de criminaliteit-effectrapportage, de wetgevingstoets en de MDW-operatie (Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit).

Uit een vergelijking van deze toetsen blijkt dat er twee typen effecttoetsingen te onderscheiden zijn. De eerste soort is gebaseerd op de veronderstelling dat oorzaak-gevolgrelaties bekend en te kwantificeren zijn. Volgens een vast stappenplan kan dan berekend worden wat de te verwachten gevolgen zijn van de alternatieve beleidsopties. In genoemde publikatie heet dit een rationeel model. Op milieugebied komt dit veel voor. De tweede soort gaat ervan uit dat oorzaak-gevolgrelaties niet goed bekend zijn en niet te kwantificeren zijn. Bij dit type effecttoetsing wordt via onderhandeling en overleg tussen de betrokken actoren bezien welke beleids optie naar verwachting de gunstigste effecten zal hebben. Aangezien oorzaak-gevolgrelaties niet bekend zijn, is de procedure met nogal wat onzekerheden omgeven, maar hoeft daarom niet perse minder effectief te zijn. In genoemde publikatie heet dit een incrementeel model. Vooral daar waar bestuurlijke en sociale aangelegenheden aan de orde

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

zijn, wordt dit tweede type effectrapportage toegepast. In de praktijk blijkt het onderscheid tussen beide typen effecttoetsingen niet scherp te trekken.

Ik concludeer dat toetsing op gezondheidseffecten goed mogelijk is, ook al zijn veel oorzaak-gevolgrelaties niet altijd volledig bekend. Voor die vraagstellingen (c.q. beleidsinitiatieven) waarbij veel epidemiologische kennis beschikbaar is, kan dan het rationele model van toepassing zijn. Vraagstellingen (c.q. beleidsinitiatieven) die zich niet laten omschrijven in epidemiologische termen, kunnen het best benaderd worden met een incrementeel model. Afhankelijk van de omstandigheden kan elk van de beide typen toetsingsmodellen dus uitmonden in procedures voor gezondheidseffecttoetsing. De meeste procedures zullen zowel elementen uit het rationele als uit het incrementele model omvatten. Dit wordt gezondheidseffectscreening genoemd. Dit toetsen op gezondheidseffecten is op zich niet nieuw; op het terrein van bijvoorbeeld de verkeersveiligheid en het milieu spelen gevolgen voor de volksgezondheid al sinds jaar en dag een rol in de besluitvorming. Gezondheidseffectscreening heeft als doel een dergelijke gezondheidstoets op een meer systematische en tegelijkertijd meer selectieve wijze in te zetten.

Op basis van voorgaande bevindingen ben ik voornemens een instrumentarium tot gezondheidseffectscreening nader te laten uitwerken en experimenteel te laten toepassen op enkele daarvoor in aanmerking komende beleidsinitiatieven van de rijksoverheid. Daarbij zal in principe aangesloten worden op de procedurevoorstellen die in hoofdstuk 4 van de publikatie zijn uiteengezet:

- Fase 1: Een eerste selectie van gezondheidsgevoelige beleidsinitiatieven. Ten behoeve van deze eerste «zeef» is een vragenlijst ontwikkeld (bijlage 3 van het rapport). Initiatieven die naar verwachting belangrijke consequenties hebben voor de volksgezondheid passeren de zeef. Tevens wordt in deze fase geïnventariseerd of het beleidsinitiatief omgewerkt kan worden tot een kwantificeerbare vraagstelling met voldoende gegevens of niet. Op basis daarvan kan besloten worden de screening voort te zetten volgens fase 2a dan wel 2b.
- Fase 2a: Bij sommige gezondheidsgevoelige beleidsinitiatieven is veel bekend over de relatie tussen het beleidsinitiatief en de verwachte gevolgen voor de volksgezondheid. Deze gevolgen kunnen via een keten van oorzaak-gevolg-schakels benaderd worden. Hiervoor kunnen deskundigen ingeschakeld worden. Met dat doel heb ik de Netherlands School of Public Health (NSPH) verzocht een «ondersteuningsfunctie facetbeleid» op te zetten. Daarvoor heb ik voorlopig een bedrag van f 500 000 per jaar beschikbaar gesteld aan de NSPH. Deze ondersteuningsfunctie facetbeleid is thans operationeel en kan op mijn verzoek de gevraagde informatie leveren. De NSPH heeft hierbij nauwe samenwerking met het RIVM.

Het Instituut Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam heeft op mijn verzoek speciaal voor de berekening van gezondheids-effecten een rekenmodel ontwikkeld. Dit rekenmodel is bruikbaar wanneer een beleidsvoornemen op een zodanige manier aangrijpt op determinanten van gezondheid dat de gevolgen gepreciseerd kunnen worden. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een beleidsvoornemen het aantal rokers beïnvloedt, of de voedingsgewoonten. De eerste versie van dit rekenmodel zal eind 1996 operationeel zijn. Dan kunnen de gezondheidsconsequenties van beleidsalternatieven doorgerekend worden voor die onderwerpen waarover voldoende wetenschappelijke kennis beschikbaar is. Het produkt van deze fase 2a is een getalsmatige benadering van gezondheids-effecten. Deze uitkomsten kunnen worden betrokken bij de besluitvorming.

Fase 2b: Voor die beleidsinitiatieven waarbij weinig bekend is over causale relaties en deze ook niet gekwantificeerd kunnen worden, is fase 2a niet geschikt. In dit geval verdient het de voorkeur in de beginfase van de beleidsvorming via (interdepartementaal) overleg en compromisvorming afstemming te bereiken over de beleidsvariant met een naar verwachting gunstig resultaat op de volksgezondheid. Het produkt is in dit geval een via sterke interactie tussen de betrokken beleidsvelden tot stand gekomen beleidscompromis, ter voorbereiding van de besluitvorming. Het spreekt vanzelf dat fase 2b arbeidsintensief is en lang kan duren. De succeskans is voor fase 2b het grootst wanneer in een vroeg stadium het overleg gestart wordt en de beleidsinitiatieven zeer scherp geselecteerd zijn.

Met deze procedures en bijbehorende ondersteuning is nu een voorlopig instrumentarium beschikbaar om mee te gaan experimenteren binnen VWS en daarbuiten. Het succesvol doorlopen van deze procedures zal ertoe bijdragen dat bij de integrale beleidsafweging gezondheidsconsequenties een nadrukkelijker rol spelen. Vanzelfsprekend zal het instrumentarium tijdens deze experimenteerperiode verder uitkristalliseren. Na een experimenteerperiode kan bezien worden op welke wijze gezondheidseffectscreening optimaal in te zetten is.

Bij de toepassing van gezondheidseffectscreening ga ik ervan uit dat in het algemeen ikzelf vooralsnog de initiatiefnemer zal zijn. In mijn begroting heb ik rekening gehouden met de kosten die aan de experimentele toepassing verbonden zijn. Deze betreffen vooralsnog alleen de ondersteuning door de NSPH en de ontwikkeling van het rekenmodel door de Universiteit van Amsterdam. Ik ben voornemens de toekomstige Programmacommissie Preventie van ZorgOnderzoek Nederland i.o. (ZON) te verzoeken binnen haar programma preventie ruimte te creëren voor facetbeleid en gezondheidseffectscreening. In mijn standpunt op het Advies prioriteiten voor preventieonderzoek van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek zal ik dit specificeren. Dit standpunt kunt u dit najaar tegemoet zien.

Vanzelfsprekend juich ik het toe wanneer andere departementen of andere overheden deze methodologie overnemen en gebruiken bij het totstandkomen van hun beleid indien dat potentieel gezondheidseffecten in zich heeft. Het instrumentarium dat hiermee is ontwikkeld (en dat bij toepassing ongetwijfeld nader zal worden uitgewerkt) kan ook zinvol zijn

voor gezondheidseffect-screening op andere bestuurlijke niveaus. Ik denk daarbij aan gemeenten en de gemeentelijke gezondheidsdiensten, en aan provincies. Het eerdergenoemde rapport waarin de aangeduide procedures verder zijn uitgewerkt, zal ik daartoe breed verspreiden.

Ook de Europese Unie, de Wereld Gezondheids Organisatie en diverse Europese landen hebben veel belangstelling getoond voor deze zogenoemde health impact assessment. Een engelstalige versie van het rapport zal dan ook binnen afzienbare tijd beschikbaar gesteld worden aan belanghebbende organisaties.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers