

Vergaderjaar 2003–2004

**29 300**

## Preventieve gezondheidszorg

**Nr. 2**

### RAPPORT

#### Inhoud

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>	4.3	Beoordeling van de instrumentkeuze	27
			4.4	Beoordeling van de uitvoering	27
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>	4.5	Beoordeling van de evaluatie	29
1.1	Achtergrond	8	4.6	Conclusie	29
1.2	Onderzochte beleidsdoelen	8			
1.3	Opzet van het rapport	10	<b>5</b>	<b>Te weinig bewegen</b>	<b>30</b>
			5.1	Schets van de problematiek	30
<b>2</b>	<b>Terreinbeschrijving</b>	<b>11</b>	5.2	Beoordeling van de doelformulering	30
2.1	Stand van de volksgezondheid in Nederland	11	5.3	Beoordeling van de instrumentkeuze	31
			5.4	Beoordeling van de uitvoering	32
2.2	Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden	11	5.5	Beoordeling van de evaluatie	33
			5.6	Conclusie	33
2.2.1	De minister van VWS	11			
2.2.2	Andere ministers	12	<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>35</b>
2.2.3	Landelijke instituten	13	6.1	Conclusies	35
2.2.4	Gemeenten en hun GGD'en	13	6.2	Aanbevelingen	36
2.3	Financieel belang	13			
			<b>7</b>	<b>Reactie minister VWS en nawoord Algemene Rekenkamer</b>	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>Sociaal-economische gezondheidsverschillen</b>	<b>15</b>	7.1	Reactie van de minister van VWS	37
3.1	Schets van de problematiek	15	7.1.1	Algemeen	37
3.2	Voorgeschiedenis van het beleid	17	7.1.2	Sociaal-economische gezondheidsverschillen	37
3.3	Beoordeling van de doelformulering	19			
3.4	Beoordeling van de instrumentkeuze	19	7.1.3	Roken	38
3.5	Beoordeling van activiteiten en informatievoorziening	22	7.1.4	Te weinig bewegen	38
3.6	Conclusie	24	7.2	Nawoord Algemene Rekenkamer	39
<b>4</b>	<b>Roken</b>	<b>26</b>	Bijlage 1	Samenvattend overzicht met conclusies, aanbevelingen, reactie en nawoord	41
4.1	Schets van de problematiek	26	Bijlage 2	Gehanteerde normen	43
4.2	Beoordeling van de doelformulering	26	Bijlage 3	Lijst van gebruikte afkortingen	46



## SAMENVATTING

De Algemene Rekenkamer heeft onderzoek gedaan naar enkele onderdelen van de preventieve gezondheidszorg. Gekeken is naar het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen en naar het beleid ter bestrijding van twee ongezonde gedragspatronen, te weten roken en te weinig bewegen.

De voornaamste conclusie uit het onderzoek is dat het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen nauwelijks wordt uitgevoerd, terwijl het negentien jaar geleden is dat Nederland in internationaal verband een inspanningsverplichting is aangegaan.

### *Sociaal-economische gezondheidsverschillen*

Er bestaan grote verschillen in gezondheid tussen groepen in de Nederlandse samenleving met een lage sociaal-economische status en die met een hoge sociaal-economische status. De eersten lijden relatief vaak en vroeg in hun leven aan ernstige ziekten. Zij leven gemiddeld korter in goede gezondheid dan de groepen met een hoge sociaal-economische status (53 versus 65 jaar).

Dit is niet alleen in Nederland zo, maar ook in vele andere landen. De lidstaten van de World Health Organisation (WHO) hebben in 1984 met elkaar afgesproken deze gezondheidsverschillen te verminderen. De Nederlandse regering heeft aan twee commissies (de commissies-Ginjaar en -Albeda) advies gevraagd over de beste aanpak. In 2001 waren de meest recente adviezen binnen en heeft het kabinet een nieuwe doelstelling vastgesteld: verhoging van de gezonde levensverwachting van de groepen met een lage sociaal-economische status van 53 jaar tot 56 jaar in 2020.

Hoewel 2020 ver weg lijkt, is de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van oordeel dat de doelstelling alleen haalbaar is als snel begonnen wordt met het realiseren ervan. Het kabinet heeft bij zijn besluit over de terugdringing van sociaal-economische gezondheidsverschillen in 2001 aangekondigd binnen een jaar met een implementatieplan te zullen komen. Dit is niet gebeurd. Er is nu dus sprake van een beleidsdoelstelling waarbij niet is aangegeven met welke beleidsinstrumenten het kabinet dit doel wil bereiken. Het ontbreken van informatie over de beleidsinstrumenten bemoeilijkt de parlementaire controle.

Het is niet zo dat er helemaal niets gebeurt. Op verschillende plaatsen in het land zijn er initiatieven genomen om de gezondheid van groepen met een lage sociaal-economische status te verbeteren. Meer dan een bescheiden begin is dit echter niet. Pas na vaststelling van het implementatieplan kan er sprake zijn van een systematische aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

De groepen met een lage sociaal-economische status roken gemiddeld veel en bewegen gemiddeld weinig, zodat hier grote winst te behalen valt voor het beleid gericht op de terugdringing van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Echter, bij de door de Algemene Rekenkamer onderzochte programma's ter bestrijding van deze ongezonde gedragspatronen is er vrijwel niet één die specifiek op groepen met een lage sociaal-economische status is gericht en van de overige programma's is over het algemeen niet bekend in hoeverre zij effectief zijn voor deze groepen. Er is dus onvoldoende samenhang tussen het beleid gericht op vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen en het (preventieve) beleid gericht op niet-roken en voldoende bewegen.

### *Roken*

Voor de bestrijding van het roken is een heldere beleidsdoelstelling geformuleerd. Er wordt een breed scala van beleidsinstrumenten ingezet. Naast onder meer wetgeving en accijnsverhoging spelen nationale, regionale en lokale interventieprogramma's een belangrijke rol bij de bestrijding van het roken. Deze worden regelmatig geëvalueerd, wat kan leiden tot bijstelling van het beleid. De procedure op het departement voor het gebruik maken van de evaluaties wordt in de praktijk nog niet altijd nageleefd.

### *Te weinig bewegen*

Het beleid gericht op voldoende bewegen kent heldere beleidsdoelstellingen. De keuze van de doelgroep, de gehele Nederlandse bevolking, is niet onderbouwd. Als beleidsinstrument wordt voornamelijk subsidiëring gebruikt. Het gaat hierbij vooral om subsidieverstrekking ten behoeve van landelijke interventieprogramma's. De effectiviteit en kosteneffectiviteit van deze programma's zijn over het algemeen niet bekend. Er is betrekkelijk weinig aansturing van deze programma's door het Ministerie van VWS. Daarnaast is er weinig informatie-uitwisseling tussen het regionale en lokale niveau aan de ene kant en het nationale niveau aan de andere kant. De interventieprogramma's worden regelmatig geëvalueerd, wat kan leiden tot bijstelling van het beleid. De procedure op het departement voor het gebruik maken van de evaluaties wordt evenals bij het beleid ter bestrijding van roken, in de praktijk niet altijd nageleefd.

### *Aanbevelingen*

De Algemene Rekenkamer doet op grond van dit onderzoek de volgende aanbevelingen aan de minister van VWS:

- Kies op korte termijn de beleidsinstrumenten om de vastgestelde doelen ter bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen te realiseren en neem vervolgens de uitvoering voortvarend ter hand.
- Bevorder dat de preventieve gezondheidszorg als geheel een bijdrage levert aan het bestrijden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Richt in dit verband de uitvoering van het beleid ten aanzien van niet-roken en voldoende bewegen specifiek op groepen met een lage sociaal-economische status.
- Zorg ervoor dat van preventieprogramma's, zoals op het terrein van niet-roken en voldoende bewegen, bekend is in hoeverre deze effectief zijn voor groepen met een lage sociaal-economische status.
- Zorg ervoor dat er informatie is over de effectiviteit van programma's op het terrein van bevordering van voldoende beweging en bevorder dat alleen programma's op grootschalig niveau worden ingezet waarvan de effectiviteit gebleken is.
- Zorg voor een goede aansturing van de landelijke programma's voor voldoende bewegen en waarborg dat er een betere informatie-uitwisseling komt tussen de regionale en lokale programma's aan de ene kant en het nationale niveau aan de andere kant.

### *Reactie van de minister van VWS*

De uitwerking van concrete maatregelen met betrekking tot sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) wordt opgenomen in de nota Preventiebeleid. Deze wordt zeer binnenkort aan de Tweede Kamer aangeboden (dit is inmiddels gebeurd). Daarnaast coördineert het Ministerie van VWS de sociale pijler in het grotestedenbeleid. Hoofddoelstelling voor gezondheid in het grotestedenbeleid is het inlopen van

gezondheidsachterstanden bij mensen met een lage opleiding en laag inkomen (lage sociaal-economische status). Onderkend wordt dat het SEGV-beleid geïntegreerd moet zijn in het totale preventiebeleid.

Kosteneffectiviteit van interventieprogramma's heeft beslist, zeker bij interventieprogramma's gericht op roken, de aandacht van het Ministerie van VWS. Bij beweegprojecten is het niet altijd mogelijk het causale verband tussen interventie en resultaat vast te stellen. De minister heeft het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) opdracht verstrekt om een database Sport, bewegen en gezondheid op te zetten, zodat informatie over beweegprogramma's toegankelijk is.

*Nawoord van de Algemene Rekenkamer*

De Algemene Rekenkamer neemt met instemming kennis van de activiteiten, die de minister noemt in zijn reactie. Verdere verbeteringen zijn mogelijk door de uitvoering van het beleid ten aanzien van niet-roken en voldoende bewegen sterker te richten op groepen met een lage sociaal-economische status. Pas als gebleken is dat beweegprojecten op kleine schaal effectief zijn, dan is het verantwoord om deze ook op grootschalig niveau uit te voeren.

Het SEGV-beleid komt traag op gang. De Algemene Rekenkamer brengt daarom de urgentie van de implementatie van het SEGV-beleid onder de aandacht.

# 1 INLEIDING

## 1.1 Achtergrond

De Algemene Rekenkamer heeft van oktober 2002 tot en met juli 2003 een onderzoek uitgevoerd naar enkele onderdelen van de preventieve gezondheidszorg. Gekeken is naar het beleid ter bestrijding van: (1) sociaal-economische gezondheidsverschillen, (2) roken en (3) te weinig bewegen.

De preventieve gezondheidszorg is van strategisch belang voor het bevorderen van de gezondheid van de bevolking en krijgt veel aandacht in politiek en bestuur. De Tweede Kamer heeft in een overleg op 19 juni 2003 nog eens het belang van preventie onderstreept. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderschreef dit<sup>1</sup>.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen komen onder andere tot uiting in het feit dat mensen uit groepen met een lagere sociaal-economische status gemiddeld een aanmerkelijk kortere tijd van hun leven (namelijk tot het 53e levensjaar) in goede gezondheid verkeren, dan mensen uit hogere statusgroepen (tot het 65e levensjaar). Dit gegeven wordt algemeen als zeer ongewenst beschouwd. De Nederlandse regering geeft al geruime tijd aan dat deze verschillen bestreden moeten worden en in november 2001 is hierover een kabinetsstandpunt uitgebracht<sup>2</sup>.

De gezondheid van mensen kan onder meer bevorderd worden door een gezonde en sportieve levensstijl. Het Ministerie van VWS wil in dit kader bevorderen dat de mensen niet roken, matig drinken, voldoende bewegen, gezond eten en veilig vrijen. Uit deze vijf gedragsfactoren heeft de Algemene Rekenkamer er twee geselecteerd voor dit onderzoek, te weten niet roken en voldoende bewegen. De reden voor deze keuze is dat bij deze gedragsfactoren het totale aantal vermijdbare sterftegevallen het hoogst is<sup>3</sup>.

## 1.2 Onderzochte beleidsdoelen

Het beleid ter bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen, roken en onvoldoende bewegen is binnen de VWS-begroting geplaatst in beleidsartikel 1, «Gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming». Dit beleidsartikel is gericht op «langer gezond leven en verhogen van de kwaliteit van leven bij ziekte». De speerpunten van het beleid zijn: onnodige sterfte voorkomen, vermijdbaar gezondheidsverlies vermijden en gelijke kansen op gezondheid bevorderen. Binnen beleidsartikel 1 is er een algemene doelstelling «Terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen»<sup>4</sup>. Daarnaast worden zeven operationele doelstellingen onderscheiden, waarvan de eerste is: «Gezondheidsbevordering door een gezonde en sportieve levensstijl»<sup>5</sup>. Onder deze doelstelling valt het beleid gericht op de bestrijding van roken en te weinig bewegen.

De doelstellingen hangen nauw met elkaar samen. Ze vormen bouwstenen van het hogere doel «Langer gezond leven en verhogen van de kwaliteit van leven bij ziekte». Aan de verwezenlijking van de doelstellingen wordt ook gedeeltelijk met dezelfde beleidsinstrumenten gewerkt (zie figuur 1).

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 880, nr. 105.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 111.

<sup>3</sup> Gezondheid op Koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM, 2002.

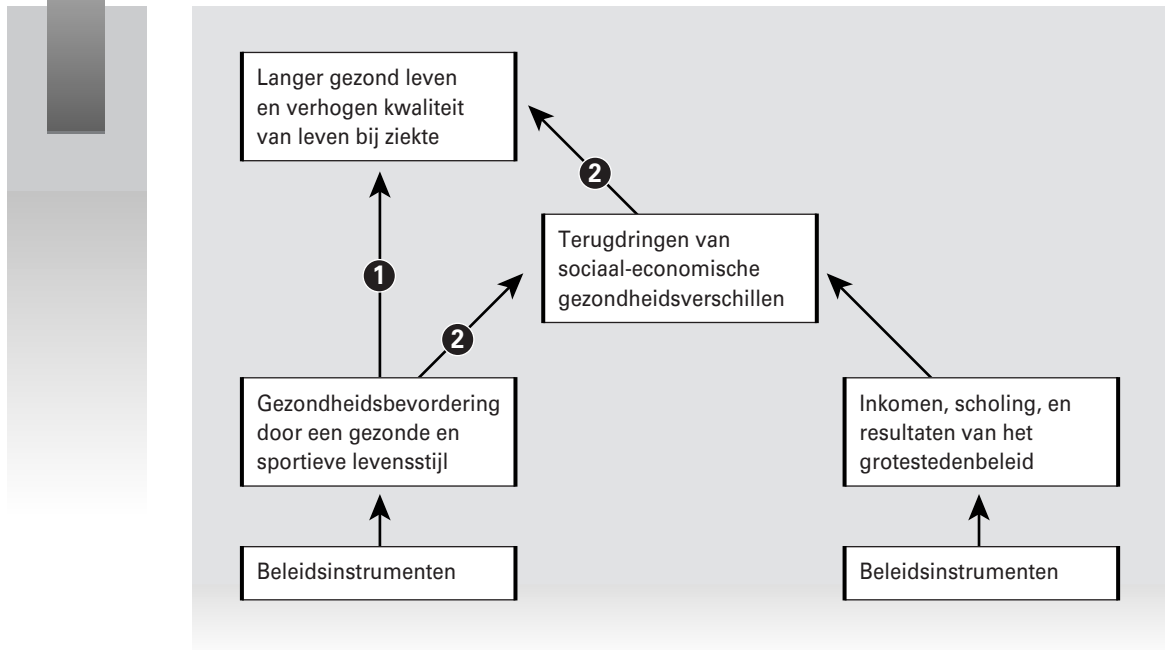
<sup>4</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600 hoofdstuk XVI, nr. 2, p. 38: «De algemene doelstelling voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden is als volgt geformuleerd: het is wenselijk in 2020 de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal-economische status te hebben verlengd met drie jaar, van ongeveer 53 jaar naar 56 jaar.»

<sup>5</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600 hoofdstuk XVI, nr. 2, p. 39.

# S

## Samenhang van de beleidsdoelen

Figuur 1



Voor het verwezenlijken van de doelstelling «Terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen» worden verschillende beleidsinstrumenten ingezet: instrumenten gericht op gezondheidsbevordering door een gezonde en sportieve levensstijl, en instrumenten gericht op verbetering van de inkomenspositie, bevordering van scholing en benutting van de resultaten van het grotestedenbeleid.

De beleidsinstrumenten die worden ingezet voor «Gezondheidsbevordering door een gezonde en sportieve levensstijl» dragen dus, zo is althans de bedoeling, langs twee routes bij aan het hogere doel «Langer gezond leven en het verhogen van de kwaliteit van leven bij ziekte»: (1) via een gezonde en sportieve levensstijl van de bevolking in het algemeen, en (2) via een gezonde en sportieve levensstijl die bijdraagt aan het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Om dit laatste doel te realiseren moeten de beleidsinstrumenten met name gericht worden op lage sociaal-economische statusgroepen.

### 1.3 Opzet van het rapport

Dit rapport geeft om te beginnen een beschrijving van het terrein van de preventieve gezondheidszorg, voor zover relevant voor de drie onderzochte beleidsterreinen: de bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen, roken en te weinig bewegen (hoofdstuk 2). Voor elk van deze drie beleidsterreinen heeft de Algemene Rekenkamer vervolgens beoordeeld wat de kwaliteit is geweest van (a) de beleidsdoel-formulering, (b) de keuze van de beleidsinstrumenten, (c) de beleids-uitvoering en (d) de beleidsevaluatie. Deze beoordeling is verricht aan de hand van documenten, door het Ministerie van VWS ingevulde vragenlijsten en gesprekken met deskundigen. Bovendien heeft de Algemene Rekenkamer voor het onderzoek naar de uitvoeringsfase een aantal bezoeken gebracht aan projecten en interventieprogramma's (hoofdstukken 3 tot en met 5).

In hoofdstuk 6 zijn de conclusies en aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer opgenomen.

De minister van VWS heeft op 27 oktober 2003 op het onderzoek gereageerd. Een samenvattende weergave van deze reactie alsmede het nawoord van de Algemene Rekenkamer zijn opgenomen in hoofdstuk 7. Het onderzoek is gericht op de beleidsinformatie waarover de minister van VWS beschikt. Nagegaan is welke informatie er is over de effectiviteit van het beleid.



## 2 TERREINBESCHRIJVING

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van het terrein van de preventieve gezondheidszorg, voor zover relevant voor de drie onderzochte beleids-terreinen: de bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen, roken en te weinig bewegen.

Vertrekpunt van het beleid vormt de actuele situatie van de Nederlandse volksgezondheid. Het RIVM heeft daarvan in 2002 een overzicht gegeven (zie § 2.1). Bij het beleid dat wordt gevoerd om in deze situatie verbetering te brengen, zijn diverse actoren betrokken, elk met eigen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden (zie § 2.2). De onomstreden leidraad van het beleid is dat voorkomen beter is dan genezen. Toch wordt van de totale zorguitgaven een relatief klein deel (2%) aan preventie besteed (zie § 2.3).

### 2.1 Stand van de volksgezondheid in Nederland

Uit onderzoek van het RIVM, dat een overzicht biedt van de volksgezondheid en gezondheidszorg, komt het volgende naar voren:<sup>6</sup>

- De levensverwachting zakt in Nederland af naar de middenmoot van Europa.
- Ongezond gedrag is de belangrijkste oorzaak van de stagnerende levensverwachting. Vooral onder jongeren zijn de trends in ongezond gedrag ongunstig.
- Gezondheid is ongelijk verdeeld in Nederland. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen arm en rijk, en van buurt tot buurt. Er zijn geen aanwijzingen dat deze gezondheidsverschillen de afgelopen vijf jaar zijn afgenomen; de verschillen blijken hardnekkig.

### 2.2 Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

Bij het beleid gericht op het terugdringen van ongezonde gedragspatronen en van sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn verschillende actoren betrokken. De voornaamste actoren zijn:

- de minister van VWS (zie § 2.2.1);
- andere ministers wier beleid kan bijdragen aan gezond gedrag en vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen (zie § 2.2.2);
- landelijke instituten die zich richten op gezondheidsbevordering (zie § 2.2.3);
- gemeenten en hun GGD'en die regionale en lokale activiteiten uitvoeren (zie § 2.2.4).

#### 2.2.1 De minister van VWS

##### *Taken*

De minister van VWS heeft tot taak maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid<sup>7</sup>. Hiertoe dient de minister beleid te ontwikkelen en uit te voeren<sup>8</sup>. Voor de collectieve preventie heeft de minister van VWS met ingang van 1 januari 2003 bovendien de volgende taken:<sup>9</sup>

- het opstellen van de nota «Landelijke prioriteiten» en een onderzoeksprogramma;
- het zorgen voor een landelijke ondersteuningsstructuur;
- het bevorderen van interdepartementale en internationale samenwerking.

<sup>6</sup> Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM, 2002. Passages ontleend aan hoofdstuk kernboodschap.

<sup>7</sup> Grondwet, artikel 22.

<sup>8</sup> G.J.A. Hamilton, «Taken en bevoegdheden in de gezondheidszorg, een beknopt overzicht». Zorg & financiering 2–2003, p. 1028.

<sup>9</sup> Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid artikel 7.

Deze drie taken zijn op grond van een amendement aan de Wet collectieve preventie volksgezondheid toegevoegd. De indieners stelden in de toelichting op dit amendement dat de regering bij herhaling heeft aangegeven meer landelijke sturing aan preventie te willen geven. De indieners achtten het van groot belang om deze centrale verantwoordelijkheid van de regering, meer in het bijzonder de minister van VWS, in wetgeving vast te leggen – vooral nu de regering beleidsvoornemens formuleert op het terrein van de sociaal-economische gezondheidsverschillen<sup>10</sup>.

#### *Bevoegdheden*

De minister van VWS heeft voor de collectieve preventie de bevoegdheid om:<sup>11</sup>

- bijdragen te verstrekken aan preventieprojecten van gemeenten (ingangsdatum 1 januari 1998);
- regels te stellen voor informatieverstrekking door gemeenten (ingangsdatum 1 januari 2003);
- regels te stellen voor tabaksproducten en rookverboden, boetes op te leggen en toezichthouders aan te wijzen (ingangsdata variëren van 1994 tot 1 januari 2003).

#### *Verantwoordelijkheden*

De VWS-begroting voor 2003 gaat in op de aard van de verantwoordelijkheid van de minister van VWS op het terrein van de gezondheidsbevordering<sup>12</sup>. De minister wijst erop dat het bereiken van de gestelde beleidsdoelen voor een groot deel afhankelijk is van inspanningen van derden. Daar komt bij dat de overheid slechts een beperkte invloed heeft op relevante factoren als sociaal-economische ontwikkelingen, maatschappelijke trends en de commerciële marketing van ongezonde producten. De primaire verantwoordelijkheid voor een gezond en sportief leven ligt volgens de minister dan ook bij de burger zelf. Het beleid poogt een gezonde keuze mogelijk en gemakkelijk te maken, onder meer door beleidsinstrumenten in te zetten en randvoorwaarden te scheppen.

Voor dit beleidsveld is de minister *systeemverantwoordelijk*. Dat betekent dat hij verantwoordelijk is voor een juiste formulering van het beleidsdoel, een juiste keuze van beleidsinstrumenten (waaronder wet- en regelgeving, de handhaving daarvan en subsidieverstrekking), een goede inzet van actoren bij de beleidsuitvoering en een goede evaluatie. Voorts is hij verantwoordelijk voor een doelgerichte, effectieve en doelmatige uitvoering van de eerdergenoemde taken.

Bij elkaar vormen deze elementen het systeem waarvoor de minister verantwoordelijk is. De minister is niet verantwoordelijk voor de resultaten die met dit systeem geboekt worden; daarvoor ligt de primaire verantwoordelijkheid bij de burger zelf. Echter, als de resultaten slecht zijn moet de minister zich afvragen of dit een gevolg is van gebreken in het systeem en zo nodig het systeem aanpassen.

### **2.2.2 Andere ministers**

Ook beleid van andere ministers kan bijdragen aan de bevordering van gezond gedrag en de vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het kabinetsstandpunt over sociaal-economische gezondheidsverschillen<sup>13</sup> van november 2001 noemt in dit verband de beleidsinspanningen van met name de ministers van Grotesteden- en Integratiebeleid (GSI), Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), Sociale

<sup>10</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 063, nr. 10 en 18.

<sup>11</sup> Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid artikel 7 en 8; Tabakswet artikel 2, 10, 11, en 13.

<sup>12</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600 hoofdstuk XVI, nr. 2, p. 40.

<sup>13</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 18.

Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM).

Het kabinet kiest voor een interdepartementale aanpak. De genoemde ministers hebben daarmee als taak op zich genomen om, in aanvulling op de inspanningen van de minister van VWS, bij te dragen aan de interdepartementale aanpak van het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In het Hoofdlijnenakkoord voor het kabinet van 16 mei 2003 is in algemene zin bevestigd dat meer aandacht zal worden geschonken aan bevordering van de volksgezondheid door preventief beleid en sport<sup>14</sup>.

### **2.2.3 Landelijke instituten**

Op het terrein van de gezondheidsbevordering zijn verschillende landelijke instituten werkzaam. Voor dit onderzoek zijn met name van belang:

- het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het landelijke instituut dat onder meer informatie verzamelt en onderzoek verricht op het terrein van de preventieve gezondheidszorg;
- Stivoro, het landelijke kenniscentrum voor tabakspreventie;
- het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB), het landelijke kenniscentrum op het gebied van sport en bewegen;
- ZorgOnderzoek Nederland/Medische Wetenschappen (ZONMw), het landelijke instituut dat opdrachten en subsidies verleent voor zorgonderzoek en ontwikkelingsprojecten;
- het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), het landelijke instituut dat informatie en advies geeft voor het kiezen van een zo gezond mogelijke levenswijze.

Het RIVM is een onderdeel van het Ministerie van VWS. De andere instituten ontvangen subsidie van het Ministerie van VWS voor het uitvoeren van activiteiten, projecten en onderzoek op het terrein van de preventieve gezondheidszorg.

### **2.2.4 Gemeenten en hun GGD'en**

De gemeenten hebben als taak bij te dragen aan interventieprogramma's door middel van een structuur voor samenwerking<sup>15</sup>. Ook moeten zij gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) instandhouden. De GGD'en zijn werkzaam voor verscheidene gemeenten in een regio of voor één grote gemeente. De GGD'en voeren onder meer activiteiten uit die zijn gericht op gezondheidsbevordering.

## **2.3 Financieel belang**

Van de totale geraamde zorguitgaven voor 2003 van € 44 miljard heeft € 0,9 miljard (2%) betrekking op preventie<sup>16</sup>.

Derhalve wordt van de totale zorguitgaven een relatief klein deel aan preventie besteed.

De uitgaven voor preventie zijn in zowel de Zorgnota 2003 als in de begroting 2003 verantwoord onder het beleidsartikel 1, «Gezondheidsbevordering en bescherming». De uitgaven in de Zorgnota 2003 betreffen de totale uitgaven in Nederland, dus uitgaven gefinancierd via de VWS-begroting, uit sociale premiegelden en middelen van gemeenten.

<sup>14</sup> Hoofdlijnenakkoord van 16 mei 2003, p. 8.

<sup>15</sup> Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid artikel 2, 5 en 6.

<sup>16</sup> Ontleend aan Zorgnota 2003, onderdeel C, tabel 17.

In de VWS-begroting 2003 zijn de uitgaven voor dit beleidsartikel begroot op € 185 miljoen<sup>17</sup>.

Daarvan is € 19 miljoen bestemd voor gedragsgerichte gezondheidsbevordering<sup>18</sup>.

Bij beleidsartikel 1 zijn ook de gelden ten behoeve van projecten, experimenten en onderzoek (PEO) opgenomen. Voor PEO is € 75 miljoen begroot. Een deel van dat geld wordt besteed aan preventieonderzoek.

Het totaal van de uitgaven van beleidsartikel 9, «Sportbeleid», bedraagt voor 2003 € 77 miljoen<sup>19</sup>. Hiervan is € 53 miljoen bestemd voor de operationele doelstelling «verantwoorde sportbeoefening bij een breed publiek». Een deel van deze operationele doelstelling is ook gericht op het gedragspatroon «voldoende bewegen».

---

<sup>17</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600 hoofdstuk XVI, nr. 2, § 1.1, p. 39.

<sup>18</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600 hoofdstuk XVI, nr. 2, § 1.3, p. 58.

<sup>19</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600 hoofdstuk XVI, nr. 2, § 9.3, p. 153.

### 3 SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVerschillen

Dit hoofdstuk bevat een beoordeling van het beleid gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het blijkt dat er in Nederland belangrijke verschillen zijn in de kans om vroegtijdig te overlijden. Groepen met een lage sociaal-economische status lijden relatief vaak en vroeg in hun leven aan ernstige ziekten (zie § 3.1). Deze sociaal-economische gezondheidsverschillen vormen een beleidsonderwerp dat al decennia de aandacht heeft van de internationale gemeenschap en de Nederlandse regering (zie § 3.2). De Algemene Rekenkamer is voor het huidige beleid nagegaan wat de kwaliteit is van de formulering van de beleidsdoelen (zie § 3.3), de keuze van de beleidsinstrumenten (zie § 3.4) en de uitvoering en evaluatie van het beleid (zie § 3.5). Uit deze beoordeling komt naar voren dat de formulering van het beleidsdoel goed is, maar dat het beleid ter bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen in de praktijk nog nauwelijks wordt uitgevoerd. Dit komt doordat de keuze van beleidsinstrumenten ernstige vertraging heeft opgelopen. Het gevolg van deze vertraging is dat het risico groter wordt dat de beleidsdoelstelling niet gehaald wordt (zie § 3.6).

#### 3.1 Schets van de problematiek

Er zijn in Nederland belangrijke verschillen in de kans om vroegtijdig te overlijden. Er is sprake van een hogere sterfte (ten gevolge van een breed scala van doodsoorzaken) in groepen met een lage sociaal-economische status<sup>20</sup>. Ook zijn er in Nederland belangrijke verschillen in «prevalentie» van ziekte. Dat wil zeggen: een groot aantal gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld vele chronische aandoeningen, lichamelijke beperkingen) komt meer dan gemiddeld voor in de lagere sociaal-economische groepen.

Vooral regio's waar relatief veel mensen wonen met een lage sociaal-economische status kennen een relatief geringe (gezonde) levensverwachting. Dit is bijvoorbeeld het geval in achterstandswijken van de grote steden<sup>21</sup>.

Daarnaast komt ongezond gedrag vaker voor bij groepen met een lagere sociaal-economische status dan in de hogere sociaal-economische niveaus. Onderstaand overzicht<sup>22</sup> geeft hiervan een indruk.

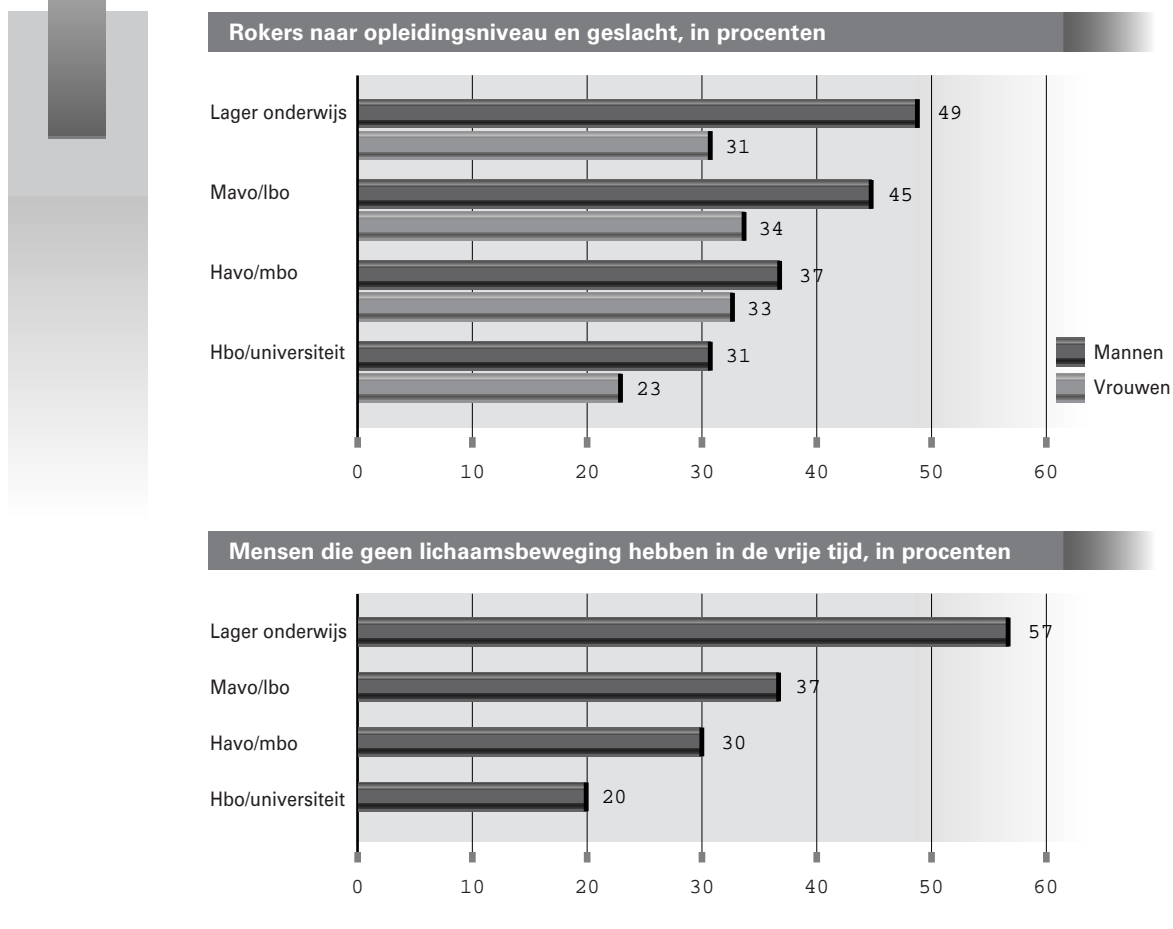
---

<sup>20</sup> Bij het bepalen van sociaal-economische status worden meestal drie indicatoren onderscheiden, te weten opleiding, beroep en inkomen. Het Ministerie van VWS hanteert, in navolging van enkele recente publicaties, het hoogst behaalde opleidingsniveau als indicator van sociaal-economische status. Een recente TNO-studie gaat uit van vier opleidingsniveaus. In deze studie zijn mensen met de laagste sociaal economische status die mensen, die geen of alleen lager onderwijs hebben genoten. (Gezonde levensverwachting naar sociaal-economische status, TNO, juli 2002).

<sup>21</sup> Gezondheid op koers?; Volksgezondheid toekomstverkenningen 2002, RIVM, blz.36 en 37.

<sup>22</sup> Bron: Tijd voor gezond gedrag, Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen, RIVM, VTV 2002, blz. 71 en 76.

Figuur 2



Roken en te weinig bewegen («inactiviteit in de vrije tijd») zijn hier afgezet tegen de sociaal-economische status van bepaalde groepen (dit laatste wordt uitgedrukt als het hoogst behaalde opleidingsniveau).

Er blijken aanzienlijke verschillen te bestaan tussen de sociaal-economische niveaus als het gaat om het gemiddeld aantal jaren in hun leven dat zij in goede gezondheid doorbrengen (de «gezonde levensverwachting»). Mensen met een hoge sociaal-economische status leven gemiddeld twaalf jaar langer (65 versus 53 jaar) in goede gezondheid dan mensen met een lage sociaal-economische status<sup>23</sup>.

Dit verschil doet zich niet alleen in Nederland voor, maar in bijna alle landen. In de jaren tachtig kreeg dit verschijnsel aandacht van de internationale gemeenschap, met name in het kader van de World Health Organisation (WHO). Daar begint de voorgeschiedenis van het beleid ter bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

<sup>23</sup> Eindrapport commissie-Albeda, april 2001, 3.1.

### 3.2 Voorgeschiedenis van het beleid

De lidstaten van de World Health Organisation, waaronder Nederland, hebben in 1984 een strategie aangenomen onder de noemer «Health for all by the year 2000». In Europees verband zijn 38 doelstellingen benoemd. Speerpunten waren:

- gezondheidsverschillen tussen landen en binnen landen met ten minste 25% terugdringen (te bereiken in 2000);
- beleid voeren op basis van gegevens over de gezondheidssituatie van de bevolking;
- versterken van gezondheidsbevordering en preventie.

De lidstaten moesten periodiek rapporteren aan het Regionaal comité van de WHO over de vorderingen die waren geboekt. Uit de laatste evaluatie (1997) blijkt dat de verschillen tussen landen zijn toegenomen, met name tussen de Europese Unie enerzijds en de Oost-Europese landen en de landen behorende tot de voormalige Sovjetunie anderzijds. Ook zijn er signalen dat binnen landen de gezondheidsverschillen toenemen.

In 1998 is de strategie herzien. Het nieuwe programma HEALTH21 bevat 21 doelen om de gezondheid van de Europese burgers te verbeteren, waaronder het dichteren van de gezondheidskloof tussen bevolkingsgroepen. Het programma biedt handvatten voor de lidstaten om de doelen te realiseren. De WHO heeft in 2005 een evaluatie gepland.

Door deelname aan de strategie «Health for all in the year 2000» was de Nederlandse regering in 1984 een inspanningsverplichting aangegaan. In 1991 – zeven jaar later – is zij hiermee aan het werk gegaan door een studietoelichting te stellen, de commissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen (de commissie-Ginjaar). Deze heeft een longitudinale studie van sociaal-economische gezondheidsverschillen laten uitvoeren die een belangrijke bijdrage geleverd heeft aan het opbouwen van inzicht over de Nederlandse situatie.

Duidelijk is geworden dat sociaal-economische gezondheidsverschillen berusten op twee verschillende mechanismen. Enerzijds kan een lage sociaal-economische status als gevolg van meer specifieke determinanten, waaronder het vertonen van ongezond gedrag, leiden tot een slechtere gezondheid (sociale causatie). Anderzijds kan een slechtere gezondheid door negatieve effecten op opleiding en werk tot een lagere sociaal-economische status leiden. Van deze twee mechanismen wordt door experts sociale causatie als het belangrijkste gezien voor het veroorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Uiteindelijk resulteerde het werk van de commissie-Ginjaar in een model dat het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland verklaart.

Voortbouwend op de resultaten van de commissie-Ginjaar werd in 1995 een nieuwe commissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen geïnstalleerd (de commissie-Albeda). Deze commissie kreeg onder meer als opdracht aanbevelingen te doen voor effectief beleid ter bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen (op basis van evaluatie van de effectiviteit van interventies, het monitoren van het vóórkomen van sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland en het nader analyseren van de achtergronden daarvan). Het rapport van de commissie-Albeda was in april 2001 gereed. De commissie heeft een

groot aantal aanbevelingen gedaan die er op gericht zijn sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland te doen afnemen. De commissie-Albeda bepleit dat het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen in de komende jaren één van de centrale doelstellingen van het gezondheidsbeleid wordt. Hoewel de sector volksgezondheid, in het bijzonder de minister van VWS, hierin het voortouw moet nemen, is de actieve betrokkenheid vanuit vele andere beleidsterreinen hierbij onontbeerlijk, aldus de commissie. Haar aanbevelingen betreffen diverse concrete maatregelen, die gegroepeerd kunnen worden rond de volgende thema's:

- verkleinen van verschillen in opleiding, inkomen en andere sociaal-economische factoren;
- verminderen van de negatieve effecten van gezondheidsproblemen op opleiding, beroepsniveau en inkomen;
- verminderen van negatieve effecten van een lage opleiding, een laag beroepsniveau en een laag inkomen op de gezondheid;
- verbeteren van de toegankelijkheid en effectiviteit van gezondheidszorg voor de lage sociaal-economische groepen.
- krachtige aansturing van de uitvoering van dit beleid, waarbij bepleit wordt een landelijke en goed «zichtbare» sturgroep in te stellen, waarin de belangrijkste instellingen die bij de uitvoering van dit beleid zijn betrokken, zijn vertegenwoordigd.

Ondertussen had ook het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zich met de problematiek beziggehouden. In november 2001 bracht het RIVM het rapport *Gezondheid in de grote steden* uit. Het rapport bevat aanbevelingen op drie terreinen:

1. *De achterstandswijken van de grote steden.* Het RIVM bepleit de bevordering van goede leefomstandigheden en gezonde leefomgeving, het op peil brengen van de preventieve en curatieve gezondheidszorg en het instellen van gezond-gedragprogramma's in achterstandswijken.
2. *Coördinatie van beleid en samenwerking.* Het RIVM bepleit het opnemen van gezondheidsbevordering als doel in het grotestedenbeleid en het algemene achterstandsbeleid, het structureel ondersteunen van de samenwerking tussen de gezondheidssector en andere sectoren in achterstandswijken, het investeren in de capaciteit van lokale actoren om de gezondheid van bewoners te verbeteren, en meer samenwerking tussen het gezondheids(zorg)beleid en het grotestedenbeleid, met medewerking van andere partners.
3. *Kennis en onderzoek.* Het RIVM bepleit het verbeteren van de verspreiding van kennis en het verbeteren van monitoring, evaluatie en onderzoek.

De Algemene Rekenkamer constateert dat in de jaren 1991–2001 een omvangrijke operatie is uitgevoerd ter voorbereiding van het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Deze operatie heeft geleid tot een degelijke basis voor onderbouwing van dit beleid. Nederland was in 2001 klaar om gevolg te geven aan de afspraken uit 1984.

Het kabinet heeft in november 2001 een standpunt gepubliceerd over de sociaal-economische gezondheidsproblematiek. In de WHO-strategie wordt ingezet op verkleining met 25% van de sociaal-economische verschillen in gezonde levensverwachting. Omdat het natuurlijk niet de bedoeling kan zijn de gezonde levensverwachting van hoge sociaal-economische niveaus binnen de bevolking te reduceren, heeft het kabinet



zich ten doel gesteld het thans bestaande verschil in de gezonde levensverwachting (twaalf jaar) te verkleinen door de gezonde levensverwachting van groepen met een lage sociaal-economische status met drie jaar te verhogen. Uitgaande van de huidige gezonde levensverwachting van 53 jaar voor groepen met een lage sociaal-economische status, leidt dit tot het doel deze levensverwachting op 56 jaar te brengen. Dat deze opgave niet gering is, blijkt uit alle voorbereidende studies. Daarom heeft het kabinet een ruime periode gekozen voor de verwezenlijking ervan. De streefdatum is 2020<sup>24</sup>. Het kabinet noemt deze doelstelling «zeer ambitieus».

Voor de realisering van de doelstelling wordt een agenda van maatregelen vermeld die voortbouwt op de thema's van de commissie-Albeda. Deze agenda bestaat enerzijds uit continuering, respectievelijk intensivering van bestaand beleid en anderzijds uit opties voor nieuwe beleidsinitiatieven voor de volgende kabinetsperiode. Daarvoor is een implementatieprogramma nodig, dat interdepartementaal uitgewerkt moet worden. Van een stuurgroep die hieraan richting geeft, zoals aanbevolen door de commissie-Albeda, is in het kabinetsstandpunt geen sprake. In antwoord op Kamervragen daarnaar is meegedeeld dat het implementatieprogramma in het najaar van 2002 klaar zou zijn.

### 3.3 Beoordeling van de doelstelling

Voor de beoordeling van de wijze waarop de doelen van beleid zijn geformuleerd hanteert de Algemene Rekenkamer standaard de zogenoemde «SMART+C»-criteria: de doelstelling dient *specifiek, meetbaar, afgesproken, realistisch, tijdgebonden en consistent* te zijn (zie Bijlage 2 voor meer informatie over de normen).

Het beleidsdoel dat de Algemene Rekenkamer aan de hand van deze criteria heeft bekeken, is de verhoging van de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal-economische status met drie jaar, van 53 jaar nu tot 56 jaar in 2020<sup>25</sup>. Dit beleidsdoel is behalve in het kabinetsstandpunt terzake ook opgenomen in de VWS-begroting voor 2003. De Algemene Rekenkamer is van oordeel dat dit beleidsdoel voldoet aan de normen «specifiek», «meetbaar», «afgesproken», «tijdgebonden» en «consistent».

Het is echter moeilijk om te beoordelen of het doel ook realistisch is. Dat ligt niet aan de onderbouwing van de doelstelling; deze is goed. Duidelijk is dat een grote inspanning vereist is van tal van actoren. Men heeft daarom een lange periode gekozen (tot 2020) voor het bereiken van de doelstelling. Maar tot op heden zijn er geen indicaties dat het de goede kant op gaat.

De afgelopen vijf jaar zijn de verschillen in gezonde levensverwachting niet kleiner geworden<sup>26</sup>. Er is dus een omslag nodig. Daarvoor moet, conform het kabinetsstandpunt, op diverse fronten de implementatie van het beleid in gang gezet worden. Tot nog toe is er echter weinig beweging (zie de volgende paragraaf). Daarmee wordt de kans op het bereiken van het doel er niet groter op.

### 3.4 Beoordeling van de instrumentkeuze

Voor het bereiken van de beleidsdoelstelling op het terrein van de sociaal-economische gezondheidsverschillen moeten beleidsinstrumenten ingezet worden. De keuze van deze instrumenten maakt deel uit van het implementatieplan.

<sup>24</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2001, 28 000 XVI, nr. 18. Dit kabinetsstandpunt is als algemene beleidsdoelstelling opgenomen bij beleidsartikel 1 van de begroting 2003 het Ministerie van VWS, zie Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600 hoofdstuk XVI, nr. 2, p. 38.

<sup>25</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600 hoofdstuk XVI, nr. 2., beleidsartikel 1, algemene beleidsdoelstelling.

<sup>26</sup> Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM, 2002. Passages ontleend aan hoofdstuk «Kernboodschap».

### *Implementatieplan*

Oorspronkelijk had het kabinet het implementatieplan toegezegd voor het najaar van 2002. Bij brief van 4 november 2002 heeft de staatssecretaris van VWS echter laten weten dat het plan later zal worden aangeboden aan de Tweede Kamer<sup>27</sup>.

Als reden voor de vertraging voerde de staatssecretaris aan dat overleg met alle betrokken departementen en andere partijen meer tijd had gekost dan was gepland. Ook was nadere afstemming nodig met de aanstaande kabinetsnota *Preventiebeleid 2003–2006*. Het implementatieplan zou volgens de staatssecretaris uiterlijk 1 juli 2003 aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Inmiddels heeft de minister van VWS echter meegedeeld (in een antwoord van 6 juni 2003 op vragen van de Tweede Kamer<sup>28</sup>) dat hij heeft besloten het implementatieplan geheel te integreren in de nota *Preventiebeleid 2003–2006*. Het is thans het voornemen van de minister om de nota, inclusief het onderdeel sociaal-economische gezondheidsverschillen, in het najaar 2003 aan de Tweede Kamer aan te bieden. In deze nota zullen ook beleidstrajecten die andere ministeries uitvoeren ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen, worden opgenomen. Het zwaartepunt van de inzet van beleidsinstrumenten komt te liggen bij het Ministerie van VWS, met het accent op (intensivering van) bestaand beleid. Binnen het algemene gezondheidsbeleid zal er meer aandacht aan specifieke doelgroepen worden geschonken (waaronder groepen met een lage sociaal-economische status). Voorts wordt door het Ministerie van VWS gewerkt aan het ontwikkelen van ander beleid op het gebied sociaal-economische gezondheidsverschillen. In dit verband werden de volgende activiteiten door het Ministerie van VWS genoemd:

- eerstelijnszorg in achterstandswijken;
- allochtone zorgconsulenten (onderdeel van het project interculturalisatie gezondheidszorg).

### *Rolverdeling minister van VWS en andere ministers*

In het kabinetsstandpunt over sociaal-economische gezondheidsverschillen is aangekondigd dat het implementatieplan interdepartementaal tot stand zou komen. De commissie-Albeda heeft in dit verband gepleit voor een voortrekkersrol van het Ministerie van VWS. In november 2000 is een vergelijkbaar advies ook al uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)<sup>29</sup>. Deze raad vindt dat het Ministerie van VWS zich sterker dan tot dan toe bij andere departementen zou moeten profileren als degene die de volksgezondheidsbelangen behartigt en systematischer aandacht zou moeten vragen bij collega-departementen voor de effecten van hun beleid voor de volksgezondheid. Aan vrijwel alle beleidsterreinen zitten immers gezondheidsaspecten. Terugdringen van werkloosheid en arbeidsmarktkrapte, verminderen van uitval in het onderwijs, milieubeleid en criminaliteitspreventie hebben mede een positief effect op de gezondheid van de bevolking.

De minister van VWS is wat de voortrekkersrol van zijn ministerie betreft van oordeel dat het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen niet alleen een taak van de gezondheidszorg is. Wel ligt het volgens de minister voor de hand om de mogelijkheden die de gezondheidszorg biedt zo veel mogelijk te benutten.

In het verleden heeft de minister van VWS het voortouw genomen door het instellen van de commissie-Ginjaar en -Albeda<sup>30</sup>. De minister geeft verder aan niet verantwoordelijk te zijn voor beleidsterreinen van andere departementen<sup>31</sup>. De minister zegt op dit moment invulling gegeven te hebben aan de voortrekkersrol van VWS bij het bevorderen van de

<sup>27</sup> Tweede Kamer, niet-dossierstuk 2002–2003, vws0201230.

<sup>28</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 880, nr. 59.

<sup>29</sup> Het betreft een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) met daarin opgenomen ook een advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). De minister van VWS had de RVZ en de RMO gevraagd te adviseren op welke wijze een effectief gezondheidsfacetbeleid tot stand te brengen.

<sup>30</sup> SEGV: Sociaal-economische gezondheidsverschillen.

<sup>31</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000, nr. 111.

samenhangende aanpak, namelijk door het organiseren van overleg tussen de Ministeries van VWS, OCW, SZW, VROM en BZK over de invulling van het implementatieplan. Dat overleg vindt op ad-hoc-basis plaats en is niet structureel.

Op de vraag waarom het voorstel van de commissie-Albeda om een stuurgroep in te stellen voor de problematiek rondom sociaal-economische gezondheidsverschillen niet is overgenomen, geeft het Ministerie van VWS aan dat het thema zoveel mogelijk moet worden meegenomen bij alle facetten van het reguliere beleid. Het instellen van een aparte stuurgroep zou ertoe kunnen leiden dat anderen geen aandacht meer aan sociaal-economische gezondheidsverschillen besteden, omdat dit al door de stuurgroep wordt gedaan. Het Ministerie van VWS vindt het niet nodig andere ministeries actief te betrekken bij de concrete ontwikkeling van beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen, onder andere omdat de andere ministeries al achterstandenbeleid hebben.

#### *Beleidsinitiatieven van andere ministers*

Enkele andere ministers (dan die van VWS) ontwikkelen volgens het Ministerie van VWS beleidsinitiatieven die van belang kunnen zijn voor de problematiek rondom sociaal-economische gezondheidsverschillen:

- Het Ministerie van BZK heeft de verankering van gezondheid toegevoegd aan de doelstellingen van het grotestedenbeleid. In de volgende meerjarenplanning (2004–2009) wordt gezondheid opgenomen in de doelstellingen. Het Ministerie van VWS coördineert de sociale pijler van het grotestedenbeleid.
- Het Ministerie van OCW is bezig met de uitwerking van het kerndoel «gezond gedrag» voor het achterstandenbeleid in het onderwijs. Dit kerndoel zal een plek krijgen in het schoolgezondheidsbeleid, dat op dit moment wordt ontwikkeld door de gezondheidsbevorderende instituten en de Ministeries van VWS en OCW.
- Het Ministerie van SZW voert het Nationaal Actieplan ter bestrijding van armoede en sociale uitsluiting uit. Er zijn daarnaast ook afspraken gemaakt in het kader van ARBO-convenanten gericht op de reductie van lichamelijk of geestelijk te zwaar belastend werk. Een nationaal actieplan armoede en sociale uitsluiting 2003 is in ontwikkeling.
- Het Ministerie van VROM werkt aan het uitwerken van de nota *Mensen, Wensen en Wonen* in een actieplan en geeft hierbij aandacht aan de gezondheid van groepen met een lage sociaal-economische status.

#### *Samenvattend*

Samenvattend constateert de Algemene Rekenkamer dat de doelstelling van het beleid gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, zoals verwoord in het kabinetsstandpunt 2001 en de VWS-begroting, niet is uitgewerkt in beleidsmaatregelen. Er zijn wel enkele aanzetten, maar een echte keuze van beleidsmaatregelen is nog niet gemaakt. Openbaarmaking van het implementatieplan is al twee keer uitgesteld en heeft ernstige vertraging opgelopen. Het onderwerp is noch door het parlement, noch door de regering controversieel verklaard, zodat het beleidsproces ook in demissionaire status voortgang had kunnen vinden.

### 3.5 Beoordeling van activiteiten en informatievoorziening

Ondanks het ontbreken van een implementatieplan vinden er enkele vermeldenswaardige activiteiten plaats die zijn gericht op het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

#### *Nationaal contract OGZ*

Van belang is allereerst het Nationaal contract Openbare Gezondheidszorg (Nationaal contract OGZ). Als onderdeel daarvan is voor gemeenten een «Plan van Aanpak voor het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en het bevorderen van gezond leven op lokaal niveau» ontwikkeld. Dit plan van aanpak is een gezamenlijk initiatief van de VNG, GGD Nederland, ZorgOnderzoek Nederland/Medische Wetenschappen, de Nederlandse Hartstichting, de Landelijke Vereniging Thuiszorg, het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, de gemeente Alkmaar en de Ministeries van BZK en VWS. Het plan van aanpak levert gemeenten het instrumentarium om gezondheidsverschillen op lokaal niveau aan te pakken, als onderdeel van hun preventiebeleid (dat gemeenten sinds 1 juli 2003 verplicht zijn vast te stellen).

Uit een evaluatie van de uitvoering van het Nationaal contract OGZ door het bureau Berenschot (januari 2003), blijkt dat de gemaakte afspraken uit het plan van aanpak grotendeels in gang gezet zijn. De activiteiten lopen nog tot eind 2004. De stand van zaken van de drie geplande activiteiten is als volgt:

- Onderzoek integraal gezondheidsbeleid. In maart 2003 heeft het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) de uitkomsten gepubliceerd van een inventarisatie en analyse van beleidsmaatregelen voor facetbeleid gericht op gezondheid. De publicatie bevat voorbeeldmaatregelen die gezond leven bevorderen, vooral bij sociaal-economisch zwakke groepen.
- Analyse van succes- en faalfactoren interventies. Er heeft een inventarisatie plaats gevonden van succesvolle interventies.
- Ontwikkelen van instrumentarium op lokaal niveau. Een groep van negen gemeenten heeft uit de geïnventariseerde projecten in totaal vier projecten gekozen waarmee zij aan de slag gaan. Elk van de gemeenten wordt een jaar lang intensief begeleid bij het uitvoeren van door hen uitgekozen interventies. Een tweede groep gemeenten start in het najaar van 2003.

Voorts is het de Algemene Rekenkamer bekend dat enkele gemeenten een voortrekkersrol vervullen en los van het nationale beleid al geruime tijd aandacht aan sociaal-economische gezondheidsverschillen besteden.

#### *Andere initiatieven*

Het Ministerie van VWS heeft de opzet van een *lokale en een nationale monitor volksgezondheid* ondersteund. Deze monitors dienen om gemeenten te ondersteunen bij het maken van beleidskeuzen en het monitoren hiervan. De resultaten van deze monitors zullen, net als de gegevens die worden verzameld in een nog te ontwikkelen specifieke monitor voor sociaal-economische gezondheidsverschillen<sup>32</sup>, gebruikt worden bij de verdere beleidsontwikkeling op landelijk niveau.

Verder zorgt het Ministerie van VWS ervoor dat het langs verschillende kanalen informatie krijgt over het vóórkomen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, en over instrumenten en activiteiten die er op

<sup>32</sup> De monitor is gericht op het systematisch en periodiek verzamelen van informatie om maatschappelijke ontwikkelingen en effecten van beleid te meten.

gericht zijn deze verschillen terug te dringen en over de effectiviteit daarvan:

- In de *Volksgezondheid Toekomstverkenningen* van het RIVM is veel aandacht voor verschillen in gezondheid die samenhangen met verschillen in sociaal-economische status.
- Het programma «Preventie» van ZorgOnderzoek Nederland/Medische Wetenschappen (ZONMw) bevat een subprogramma «Gezond leven», met daarin een onderdeel sociaal-economische gezondheidsverschillen.
- De Longitudinale Studie SEGV van de Erasmus Universiteit.
- De website slag.nu van Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) vormt een digitaal steunpunt voor de lokale aanpak van gezondheidsverschillen. Het is een bundeling van informatie over lokale interventies op het gebied van sociaal-economische gezondheidsverschillen.
- De databank van het QUI-project is een bundeling van de databanken van ZONMw, het Trimbosinstituut, het NIGZ, het NIZW, GGD Nederland, de VNG, GGZ Nederland, het RIVM en het NISB. Gegevens van allerlei onderzoeken en interventies zijn hier verzameld en gebundeld.
- De Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek heeft in juli 2002 de publicatie *Gezonde levensverwachting naar sociaal economische status* uitgebracht.
- Het project «Lokale en Nationale monitor Volksgezondheid» van het RIVM is in maart 2002 van start gegaan. In dit project verzamelen GGD'en gegevens over de gezondheid (levensstijl, gezondheidstoestand, zorggebruik). Het RIVM voegt vervolgens deze lokale gegevens samen tot een landelijk plaatje. Inmiddels is uit de evaluatie van het Nationaal contract OGZ (Berenschot, januari 2003) duidelijk geworden dat het instrument landelijk en lokaal nog in ontwikkeling is. Er wordt wel lokaal gemonitord, maar nog niet op gestandaardiseerde wijze. De continue landelijke monitoring van de gezondheidssituatie is nog niet geheel gerealiseerd aan het eind van de contractperiode.
- In 1996 hebben de Ministeries van VWS en van VROM en GGD Nederland het instrument gezondheidseffectscreening (GES) geïntroduceerd als hulpmiddel om de gezondheidseffecten van beleidsbeslissingen door overheden in kaart te brengen. Door het RIVM en GGD Nederland is een GES op het grotestedenbeleid uitgevoerd. Het rapport *Een gezond Grotestedenbeleid* is gepubliceerd in februari 2003.

#### *Samenvattend*

De Algemene Rekenkamer concludeert dat er op verschillende plaatsen gewerkt wordt aan de beleidsinformatie voor en voorbereiding van de uitvoering van het beleid gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Verder zijn er gemeenten die aandacht geven aan sociaal-economische gezondheidsverschillen. Alles overziende is dit, mede gezien de zware taakstelling, een zeer bescheiden begin van beleidsuitvoering. Het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen wordt nog nauwelijks uitgevoerd. Dit was ook te verwachten, omdat de beleidsinstrumenten die ingezet worden ter verwezenlijking van het beleidsdoel nog niet zijn vastgelegd in een implementatieplan. Pas na vaststelling van het implementatieplan kan de beleidsuitvoering (en de evaluatie daarvan) op systematische wijze ter hand genomen worden.

### 3.6 Conclusie

De lidstaten van de World Health Organisation (WHO) hebben in 1984 met elkaar afgesproken om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen. Door het werk van de commissies-Ginjaar en -Albeda heeft de Nederlandse regering de informatie in handen gekregen om het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen goed vorm te geven. Het voorbereidingsproces om beleid mogelijk te maken kan gekenschetst worden als grondig maar traag. In 2001 – zeventien jaar na de WHO-afpraak – heeft het kabinet haar doelstelling vastgelegd: verlengen van de gezonde levensverwachting van de groepen met een lage sociaal-economische status van 53 jaar tot 56 jaar in 2020.

Daarna is het stil geworden. De tweede stap van het beleidsproces, de keuze van beleidsinstrumenten, die gedaan zou moeten worden in een implementatieplan, is tot nog toe uitgebleven. Het implementatieplan was aangekondigd voor 2002, maar heeft herhaalde en aanzienlijke vertraging opgelopen.

Er wordt weliswaar alvast gewerkt aan de voorbereiding van uitvoering van het beleid, en her en der in den lande is op lokaal niveau een bescheiden begin gemaakt met bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen, maar zonder implementatieplan is een systematische aanpak niet mogelijk. De Algemene Rekenkamer concludeert dat het beleid gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen nog nauwelijks wordt uitgevoerd.

Met het in gang zetten van de operatie «Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording» (VBTB) hebben regering en Tweede Kamer in 1999 afgesproken dat het rijksoverheidsbeleid zo moet worden vormgegeven dat het jaarlijks concreet verantwoord kan worden, opdat het parlement zijn controlerende functie adequaat kan vervullen. In de Tweede Kamer zijn zorgen geuit over het VBTB-gehalte van het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen<sup>33</sup>. De Algemene Rekenkamer deelt deze zorgen.

Het VBTB-proces vindt plaats aan de hand van de drie zogenoemde w-vragen. In onderstaande tabel is het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen getoetst op zijn VBTB-gehalte.

**Tabel 1. VBTB-gehalte van het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen.**

w-vragen	Begroting
Wat willen we bereiken?	Verhoging van de gezonde levensverwachting van groepen met lage sociaal-economische status van 53 jaar nu tot 56 jaar in 2020
Wat gaan we daarvoor doen?	Onbekend
Wat gaat dat kosten?	Onbekend
w-vragen	Verantwoording
Wat hebben we bereikt?	Nog niets
Wat hebben we daarvoor gedaan?	Vorbereidende maatregelen, verder onbekend
Wat heeft dat gekost?	Onbekend

De conclusie is dat het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen thans niet «VBTB-proof» is. Daarbij wordt

<sup>33</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 111.

opgemerkt dat pas in 2006 VBTB-begrotingen en -jaarverslagen (dat wil zeggen: met daarin de antwoorden op alle w-vragen) wettelijk verplicht zijn.

Volgens artikel 5 van de Comptabiliteitswet 2001 moet de minister in de toelichting bij de begroting vermelden welke beleidsinstrumenten worden ingezet ter bereiking van de doelstellingen van het beleid. Het gaat hier om een wettelijke verplichting, waaraan de minister van VWS niet voldoet als het gaat om de doelstelling van het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Ten slotte wil de Algemene Rekenkamer de vraag aan de orde stellen hoe erg het is dat het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen nauwelijks wordt uitgevoerd doordat de keuze van beleidsinstrumenten ernstige vertraging heeft opgelopen. Deze vraag is gerechtvaardigd omdat het beleidsdoel in de verre toekomst ligt: 2020. Men zou zich dus kunnen afvragen of de opgelopen vertraging het bereiken van het beleidsdoel in gevaar brengt.

Het oordeel van deskundigen is dat de problematiek rondom sociaal-economische gezondheidsverschillen geworteld is in onze samenleving en dat het erg moeilijk is om daarin verandering aan te brengen. Het kabinet deelt deze inschatting en noemt de eigen doelstelling «zeer ambitieus» (zie § 3.2). Daarom moet er naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer voortvarend gewerkt worden aan het bereiken van de beleidsdoelstelling en brengt vertraging met zich mee dat het risico groter wordt dat de beleidsdoelstelling niet gehaald wordt. Op de Kamervraag of een snelle start van het project geboden is om de hoofddoelstelling voor het jaar 2020 nog te kunnen realiseren, was het antwoord van de minister van VWS duidelijk, en ongewoon bondig: «Ja.»<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 111.



## 4 ROKEN

Dit hoofdstuk bevat een beoordeling van het beleid gericht op het terugdringen van roken, dat een onderdeel vormt van de preventieve gezondheidszorg.

Roken veroorzaakt tal van gezondheidsproblemen. De Nederlandse regering voert daarom al jaren een tabaksontmoedigingsbeleid (zie § 4.1). De Algemene Rekenkamer heeft dit beleid getoetst aan de hand van een aantal normen. Zij is nagegaan wat de kwaliteit is van de formulering van de beleidsdoelen (zie § 4.2), de keuze van de beleidsinstrumenten (zie § 4.3), de beleidsuitvoering (zie § 4.4) en de beleidsevaluatie (zie § 4.5). Uit deze beoordeling komt naar voren dat voor de bestrijding van het roken een heldere beleidsdoelstelling is geformuleerd, waaraan met een breed scala van beleidsinstrumenten wordt gewerkt. Het gebruik maken van evaluaties van interventieprogramma's gebeurt echter niet volgens een vaste werkwijze. Daardoor bestaat het risico dat het gebruik maken van evaluaties een weinig systematisch karakter krijgt (zie § 4.6).

### 4.1 Schets van de problematiek

Roken veroorzaakt tal van gezondheidsproblemen, vooral bij de rokers zelf, maar daarnaast ook bij degenen die de rook van rokers inademen (meeroken). De Nederlandse regering voert daarom al geruime tijd een tabaksontmoedigingsbeleid, dat de laatste jaren is ingepast in het gezondheidsbevorderingsbeleid ten aanzien van (on)gezonde gedragsfactoren. Het parlement ondersteunt dit beleid. In 2001 vroeg de Eerste Kamer in een motie nog om extra middelen om de preventie en de ondersteuning van stoppogingen een impuls te geven<sup>35</sup>.

De hoofdlijnen van het beleid gericht op de ontmoediging van roken zijn beschreven in de Zorgnota's en begrotingen van het Ministerie van VWS die sinds september 2000 zijn uitgebracht, en voorts in de memorie van toelichting bij de wijziging van de Tabakswet (2002). Het voornemen is om de nieuwe Tabaksnota onder te brengen in de nota *Preventiebeleid*, die gepland is voor eind 2003 (zie hoofdstuk 3, § 3.4).

Het beleid van de minister van VWS ter ontmoediging van roken is door de Algemene Rekenkamer getoetst aan de hand van een aantal gebruikelijke normen. Deze staan vermeld in bijlage 2.

### 4.2 Beoordeling van de doelformulering

Het beleidsdoel is geformuleerd als het verminderen van het percentage rokers (op de totale volwassen bevolking) van 34% in 1999 tot 28% in 2004; een vermindering dus met 17,5%<sup>36</sup>. Deze beleidsdoelformulering voldoet geheel aan de normen «meetbaar», «afgesproken», «tijdgebonden» en «consistent».

In de officiële stukken ontbreekt een onderbouwing die aantoont dat de beleidsdoelformulering ook voldoet aan de normen «specifiek» en «realistisch». Echter, op grond van een aanvullende toelichting die het Ministerie van VWS de Algemene Rekenkamer desgevraagd heeft gegeven, kan geconcludeerd worden dat ook aan deze normen voldaan wordt. Als doelgroep is de volwassen bevolking gekozen om het beleidsdoel zo algemeen mogelijk te houden. Het beleidsdoel blijkt realistisch gezien de ontwikkeling van het percentage rokers in de afgelopen jaren. De Algemene Rekenkamer vindt wel dat het beter zou zijn als in de begroting helder wordt aangegeven dat de doelgroep om de

<sup>35</sup> Begroting VWS 2003, p. 39.

<sup>36</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600 XVI, nr. 2. Begroting VWS 2003, beleidsartikel 1, § 1.2.1.



genoemde reden zo is gekozen en dat tevens wordt aangegeven waarom de doelstelling realistisch is.

### **4.3 Beoordeling van de instrumentkeuze**

Voor de verwezenlijking van het niet-rokenbeleid van het Ministerie van VWS worden de volgende tien beleidsinstrumenten gehanteerd:

1. wetgeving;
2. handhaven wetgeving;
3. massamediale campagnes;
4. marketingexperiment niet-roken;
5. subsidies voor ontwikkeling voorlichtingsmaterialen;
6. ondersteuning bij stoppen voor verslaafde rokers;
7. adequate zelfregulering;
8. accijnsverhoging;
9. internationale initiatieven;
10. aansturing van onderzoek, instrumentontwikkeling en bevorderen van toepassing van instrumenten.

De Algemene Rekenkamer heeft de tien beleidsinstrumenten aan de normen voor de beleidsinrichting getoetst. Deze normen houden in dat keuze van de beleidsinstrumenten onderbouwd moet zijn (op basis van een probleemanalyse, beleidstheorie, verwachte effecten en kosten-effectiviteit) en dat de taakverdeling tussen actoren duidelijk omschreven moet zijn (zie bijlage 2 voor meer informatie over de normen).

De tien instrumenten worden zoveel mogelijk in samenhang met elkaar ingezet. Dat de effectiviteit van de instrumenten dan toeneemt, komt naar voren in de Gezondheidseffectenrapportage uit 1998<sup>37</sup>. Deze rapportage is mede gebaseerd op een uitgebreid literatuuronderzoek.

Voor alle tien afzonderlijke instrumenten blijken een probleemanalyse en een beleidstheorie aanwezig te zijn. De effectiviteit van de instrumenten wetgeving, handhaving wetgeving, massamediale campagnes, marketing experiment niet-roken, subsidies voor ontwikkeling van voorlichtingsmaterialen, ondersteuning bij stoppen van verslaafde rokers en accijnsverhoging is aangetoond. Niet aangetoond is de effectiviteit voor de instrumenten zelfregulering, internationale activiteiten en onderzoek.

Gegevens over kosteneffectiviteit zijn beschikbaar voor de massamediale campagnes, het marketingexperiment niet-roken en de ondersteuning voor stoppen bij verslaafde rokers.

De taken van de belangrijkste subsidieontvangers binnen het niet-rokenbeleid (Stivoro, ZONMw, RIVM, Partnership Stop met Roken) en hun relatie met het Ministerie van VWS zijn duidelijk omschreven.

### **4.4 Beoordeling van de uitvoering**

Voor de beoordeling van de uitvoering van het niet-rokenbeleid heeft de Algemene Rekenkamer een aantal interventieprogramma's geselecteerd. Daarbij is gebruik gemaakt van de database van het project QUI (Quality of Interventions). Deze database bevat projecten en activiteiten op het terrein van de gezondheidsbevordering. Op basis van QUI is een selectie gemaakt van een aantal interventieprogramma's. Gelet is daarbij op verscheidenheid in geografische plaats, doelgroep en schaal van het project. Gezocht is vooral naar interventieprogramma's die specifiek zijn

---

<sup>37</sup> Gezondheidseffectenrapportage. Netherlands School of Public Health, 1998.

gericht op jongeren, groepen met een lage sociaal-economische status en allochtonen. Daarnaast zijn nog enkele belangrijke landelijke interventieprogramma's bij het onderzoek betrokken die niet in QUI voorkwamen maar die wel een belangrijke plaats in de uitvoering van het beleid innemen.

#### *Niet-roken-interventieprogramma's*

Vier nationale en vijf lokale interventieprogramma's zijn bij het onderzoek betrokken, te weten:

- landelijke multimediacampagne gericht op jongeren;
- landelijke multimediacampagne gericht op niet-roken in ruimten met kinderen;
- landelijke voorlichtingscampagne via scholen;
- landelijk project ondersteunen van stoppen met roken via cardiologie-afdelingen;
- regionaal project hart- en vaatziekten gericht op rookpreventie;
- lokaal project voorlichting over genotmiddelen ten behoeve van het voortgezet onderwijs;
- regionaal project rookvrije sportteams;
- regionaal project preventie hart- en vaatziekten;
- regionaal project voorlichting over genotmiddelen op scholen.

De Algemene Rekenkamer heeft deze interventieprogramma's beoordeeld aan de hand van normen die vermeld staan in tabel 2.

**Tabel 2: Beoordeling interventieprogramma's niet-roken**

Normen	Landelijke programma's		Regionale/ lokale programma's	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Doel duidelijk	4	0	2	3
Opzet duidelijk	4	0	5	0
Activiteiten voldoende onderbouwd	4	0	2	3
Effectiviteit vooraf bewezen of aannemelijk	4	0	3	2
Effectiviteit is of wordt gemeten	4	0	2	3
Kosteneffectiviteit bekend	0	4	1	4
Uitvoerbaar in het veld	4	0	5	0
Informatie over effectiviteit ten aanzien van lage SES-groepen	2	2	0	5
Specifieke aandacht voor lage SES-groepen	3	1	3	2
Informatie-uitwisseling met VWS of landelijke organisatie	4	0	4	1
<b>Totaal</b>	<b>33</b>	<b>7</b>	<b>27</b>	<b>23</b>

Doel, opzet en onderbouwing van de landelijke interventieprogramma's zijn naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer duidelijk. De opzet van de regionale/lokale interventieprogramma's is eveneens duidelijk, maar doelen en onderbouwing zijn voor enkele programma's onvoldoende duidelijk.

De effectiviteit van drie van de vier landelijke interventieprogramma's is bewezen of aannemelijk. Bij de regionale/lokale programma's is dit bij drie van de vijf het geval. De kosteneffectiviteit is meestal niet bekend.

De uitvoerbaarheid van de programma's in het veld is goed.

Over de effectiviteit ten aanzien van groepen met een lage sociaal-economische status is alleen bij enkele landelijke interventieprogramma's

informatie. Bij tweederde van de interventieprogramma's is er specifieke aandacht voor groepen met een lage sociaal-economische status. Informatie-uitwisseling met het Ministerie van VWS of landelijke organisaties vindt bij vrijwel alle interventieprogramma's plaats.

#### **4.5 Beoordeling van de evaluatie**

Het Ministerie van VWS maakt gebruik van informatie over de beleidsuitvoering die afkomstig is uit verschillende bronnen. Aan rapporten stelt VWS eisen op het punt van definities, gegevens, volledigheid, actualiteit, tijdigheid, betrouwbaarheid en validiteit van de informatieverzameling en -verwerking en vorm en presentatie. Ook wordt geëist dat inzicht wordt geboden in de effectiviteit, uitvoerbaarheid en soms in de kosten-effectiviteit. Geen eisen worden gesteld aan het inzicht dat de rapporten moeten bieden in de effectiviteit ten aanzien van groepen met een lage sociaal-economische status.

Het onderzoek «Rookgewoonten»<sup>38</sup> levert elk jaar informatie over het percentage rokers in de Nederlandse bevolking. Het Ministerie van VWS neemt deze cijfers over de doelrealisatie op in zijn begroting en jaarverslag en baseert er zijn beleid op. Het onderzoek «Rookgewoonten» voldoet grotendeels aan de kwaliteitseisen die de Algemene Rekenkamer aan beleidsinformatie stelt.

Het Ministerie van VWS heeft in het handboek RPE VWS een procedure vastgelegd voor het gebruik van evaluatieonderzoeken. Uit het door de Algemene Rekenkamer gehouden onderzoek blijkt dat in de praktijk deze procedure nog niet altijd wordt nageleefd.

#### **4.6 Conclusie**

De formulering van de beleidsdoelen voor niet-roken voldoet geheel aan de normen van de Algemene Rekenkamer (SMART+C). De keuze van de beleidsinstrumenten voldoet grotendeels aan de normen van de Algemene Rekenkamer. Niet van alle instrumenten is echter de effectiviteit aangetoond (dit geldt voor zelfregulering, internationale activiteiten en onderzoek). De uitvoering van landelijke interventieprogramma's is over het algemeen goed.

Voor de regionale/lokale interventieprogramma's is dit in mindere mate het geval. De interventieprogramma's worden regelmatig geëvalueerd, wat kan leiden tot bijstelling van het beleid. De op het departement aanwezige procedure voor het gebruik maken van de evaluaties wordt in de praktijk nog niet altijd nageleefd.

---

<sup>38</sup> Dit onderzoek wordt jaarlijks uitgevoerd in opdracht van Stivoro.

## 5 TE WEINIG BEWEGEN

Dit hoofdstuk bevat een beoordeling van het beleid gericht op het verminderen van «inactiviteit in de vrije tijd» oftewel: te weinig beweging. Dit beleid maakt net als het niet-rokenbeleid deel uit van de preventieve gezondheidszorg.

Wanneer mensen te weinig bewegen kan dat leiden tot tal van gezondheidsproblemen (zie § 5.1). De Algemene Rekenkamer heeft het preventiebeleid op dit terrein getoetst aan de hand van een aantal normen. Zij is nagegaan wat de kwaliteit is van de formulering van de beleidsdoelen (zie § 5.2), de keuze van de beleidsinstrumenten (zie § 5.3), de beleidsuitvoering (zie § 5.4) en de beleidsevaluatie (zie § 5.5). Uit deze beoordeling komt naar voren dat het beleid gericht op voldoende bewegen heldere beleidsdoelstellingen kent, die echter niet volledig onderbouwd zijn. De effectiviteit en kosteneffectiviteit van de programma's die worden gesubsidieerd zijn over het algemeen niet bekend. Er is betrekkelijk weinig aansturing door het Ministerie van VWS. Bovendien wordt bij het gebruik maken van de evaluatie van de programma's, net als bij het beleid ter bestrijding van roken, geen vaste werkwijze gevolgd. Daardoor bestaat ook hier het risico dat het gebruik maken van evaluaties een weinig systematisch karakter krijgt (zie § 5.6).

### 5.1 Schets van de problematiek

Beweging draagt in verschillende opzichten bij aan de gezondheid. Door voldoende te bewegen kan ongezond overgewicht worden voorkomen en daarnaast geeft voldoende beweging bescherming tegen diverse levensbedreigende ziekten zoals hart- en vaatziekten. Van de totale sterfte in Nederland kan bijna 6% worden toegeschreven aan lichamelijke inactiviteit.

Bij de beoordeling van de formulering van het doel, de keuze van instrumenten, de uitvoering en de evaluatie van het beleidsterrein «voldoende bewegen» heeft de Algemene Rekenkamer dezelfde normen gehanteerd als bij het beleidsterrein «niet-roken». Voor een beschrijving van de gehanteerde normen zij verwezen naar bijlage 2.

### 5.2 Beoordeling van de doelformulering

De kabinetsnota *Sport, bewegen en gezondheid* geeft de lijnen aan van het beleid om de volksgezondheid te bevorderen door middel van beweging. De doelstellingen van het beleid staan eveneens vermeld in de VWS-begroting 2003. De doelstellingen luiden:

- vergroting van het percentage van de bevolking dat voldoende beweegt (van 40% in 1998 via 45% in 2005 naar 50% in 2010);
- verlaging van het percentage lichamelijk inactieven onder de bevolking (van 12% in 1998 via 10% in 2005 naar 8% in 2010);
- toename van de kennis onder de bevolking over de norm voldoende bewegen (van 0% ermee bekend in 1998 via 50% in 2005 naar 75% in 2010).

De Nationale Norm Gezond Bewegen (NNGB) houdt in dat men minimaal vijf dagen per week een half uur of meer matig intensieve lichamelijke activiteit moet verrichten. Lichamelijke inactiviteit houdt in dat men gemiddeld minder dan één dag per week een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit verricht.

De formulering van de doelen op het beleidsterrein voldoende bewegen voldoet grotendeels aan de SMART+C- normen die de Algemene Rekenkamer hiervoor hanteert. De keuze van de doelgroep (de gehele bevolking) is onvoldoende onderbouwd. Deze keuze ligt niet voor de hand omdat het Ministerie van VWS juist aangeeft dat er deelcategorieën zijn die veel aandacht behoeven. Daardoor wordt niet volledig voldaan aan de norm «specifiek». De hoogte van de te bereiken percentages, zoals geformuleerd in het beleidsdoel, is eveneens onvoldoende onderbouwd. Deze percentages zijn betrekkelijk willekeurig gekozen. Daardoor wordt niet volledig voldaan aan de norm «realistisch». Echter, deskundigen achten deze percentages haalbaar en nastrevenswaardig.

### **5.3 Beoordeling van de instrumentkeuze**

Bij het realiseren van het beleidsdoel «voldoende bewegen» zet het Ministerie van VWS hoofdzakelijk het instrument subsidieverlening in. Verder worden het overdragen van kennis en het faciliteren van actoren door het ministerie genoemd als beleidsinstrumenten. Wet- en regelgeving speelt als beleidsinstrument met betrekking tot het beleidsdoel voldoende bewegen nauwelijks een rol.

De beleidsinstrumenten worden ingezet bij de volgende elf projecten/campagnes:

1. de Nationale Gezondheidstest;
2. de Publiekscampagne «Actieve leefstijl»;
3. de tv-campagne «Nederland in beweging!»;
4. de campagne «Fietsen naar het werk»;
5. het project «Digitale Kaart» (van regionaal sport- en beweegaanbod);
6. het bevorderen van laagdrempelig beweegaanbod;
7. zogenoemde «Community-based Interventions» (interventie via contacten binnen een gemeenschap);
8. het «Strategisch plan Sport en Bewegen voor Mensen met een Chronische Aandoening»;
9. het project «Hart in Beweging»;
10. het project «Hart voor bewegen»;
11. ouderenfitness.

De Algemene Rekenkamer heeft de tien beleidsinstrumenten aan de normen voor de beleidsinrichting getoetst. Deze normen houden in dat keuze van de beleidsinstrumenten onderbouwd moet zijn (op basis van een probleemanalyse, beleidstheorie, verwachte effecten en kosten-effectiviteit) en dat de taakverdeling tussen actoren duidelijk omschreven moet zijn (zie bijlage 2 voor meer informatie over de normen).

Er is een onderbouwing van de inzet van het subsidie-instrument bij deze elf activiteiten. Er is voldoende informatie over de aanwezigheid en oorzaken van het probleem. Uit de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* en *2002* blijkt dat de Nederlander te weinig beweegt. De relatie tussen meer bewegen en verbetering van de gezondheid is blijkens deze onderzoeken evident. Wel heeft de Algemene Rekenkamer geconstateerd dat het Ministerie van VWS niet voor ieder beleidsinstrument nader heeft gespecificeerd welk specifiek probleem daarmee opgelost dient te worden. De verwachte effecten van de gesubsidieerde programma's zijn vooraf in kaart gebracht.

De taken van de belangrijkste subsidieontvangers binnen het bewegensbeleid zoals het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en hun relatie met het Ministerie van VWS zijn duidelijk omschreven.

#### 5.4 Beoordeling van de uitvoering

Er zijn negen interventieprogramma's op het terrein van voldoende bewegen bij het onderzoek betrokken. De wijze van selecteren was identiek aan die van de interventieprogramma's op het terrein van roken (zie paragraaf 4.4). Het gaat om zes nationale en drie lokale interventieprogramma's, te weten:

- landelijk beweegproject gericht op ouderen;
- landelijk beweegproject gericht op scholieren in het voortgezet onderwijs (13 tot 15 jaar);
- landelijk project op een eigentijdse wijze bevorderen van participatie in bewegen en organisatie van bewegen gericht op jongeren van 14 tot 18 jaar;
- landelijk project van plaatselijke experimenten bewegingsstimulering met een gemeenschapsgerichte aanpak, met name gericht op groepen met een lage sociaal-economische status;
- landelijk project ter bevordering van fietsen naar het werk;
- landelijk project ter bevordering van een actieve levensstijl bij jongeren door deelname aan sport- en beweegactiviteiten;
- regionaal project ter preventie van harten vaatziekten door middel van bewegen;
- lokaal project, deel uitmakend van een landelijk beweegproject gericht op ouderen;
- lokaal project, deel uitmakend van een landelijk project op een eigentijdse wijze bevorderen van participatie in bewegen en organisatie van bewegen gericht op jongeren van 14 tot 18 jaar.

De Algemene Rekenkamer heeft de interventieprogramma's beoordeeld aan de hand van de normen die vermeld staan in tabel 3.

**Tabel 3: Beoordeling interventieprogramma's voldoende bewegen**

Normen	Landelijke programma's		Regionale/lokale programma's	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Doel duidelijk	6	0	3	0
Opzet duidelijk	6	0	3	0
Activiteiten voldoende onderbouwd	3	3	1	2
Effectiviteit vooraf bewezen of aannemelijk	1	5	1	2
Effectiviteit is of wordt gemeten	4	2	1	2
Kosteneffectiviteit bekend	0	6	0	3
Uitvoerbaar in het veld	6	0	3	0
Informatie over effectiviteit ten aanzien van lage SES-groepen	0	6	0	3
Specifieke aandacht voor lage SES-groepen	3	3	0	3
Informatie-uitwisseling met VWS of landelijke organisatie*	5	1	1	2
<b>Totaal</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>17</b>

\* Er is communicatie, waarbij VWS informatie krijgt over de geleverde prestaties. Er is echter weinig aansturing van de programma's door VWS.

Doel en opzet van de interventieprogramma's zijn over het algemeen duidelijk, de onderbouwing niet. De uitvoerbaarheid in het veld is goed. De effectiviteit en kosteneffectiviteit van de programma's zijn over het algemeen niet bekend (uitgezonderd het landelijk beweegproject gericht op ouderen). Wel zijn er in enkele gevallen onderzoeken in gang gezet. Er is ook niets bekend over de effectiviteit ten aanzien van groepen met een lage sociaal-economische status. Soms maakt het Ministerie van VWS deel uit van een begeleidingscommissie of is er anderszins regulier overleg met het departement. Echter, in de meeste gevallen is er nauwelijks sprake van aansturing door VWS. Bij regionale en lokale programma's is de informatie-uitwisseling met het nationale niveau onvoldoende. QUI, een database van projecten en activiteiten op het terrein van de gezondheidsbescherming, kan uitgroeien tot een instrument waarmee het Ministerie van VWS, het NISB en de regionale en lokale interventieprogramma's zich beter kunnen informeren. Daarvoor is het nodig dat deze database wordt uitgebreid met gegevens over de in de projecten uitgevoerde activiteiten, de bevolkingsomvang van de regio, de omvang van de bereikte doelgroep en de effectiviteit van de projecten.

### **5.5 Beoordeling van de evaluatie**

Het Ministerie van VWS schakelt derden in om te kunnen beschikken over informatie over de beleidsuitvoering. Daarbij worden wel eisen gesteld aan de te leveren informatie, maar niet ten aanzien van alle relevante aspecten (met name niet ten aanzien van definities, actualiteit, betrouwbaarheid en validiteit, vorm en presentatie). Er worden veelal geen eisen gesteld aan het inzicht dat de informatie moet bieden ten aanzien van (kosten)effectiviteit. Er worden dus ook geen eisen gesteld aan het inzicht in de effectiviteit met betrekking tot groepen met een lage sociaal-economische status. Wel wordt geëist dat er inzicht geboden wordt in de uitvoerbaarheid in het veld.

De monitor «Bewegen en Gezondheid» levert informatie over de hoeveelheid lichaamsbeweging van de bevolking in Nederland. Het Ministerie van VWS neemt deze cijfers voor de doelrealisatie op in zijn begroting en jaarverslag en baseert er zijn beleid op. De monitor voldoet grotendeels aan de kwaliteitseisen die de Algemene Rekenkamer aan beleidsinformatie stelt.

Er zijn in een aantal gevallen geen rapportages van uitgezet evaluatieonderzoek aanwezig bij het Ministerie van VWS. Het Ministerie van VWS heeft in het handboek RPE VWS een procedure vastgelegd voor het gebruik van evaluatieonderzoeken. Uit het door de Algemene Rekenkamer gehouden onderzoek blijkt dat in de praktijk deze procedure nog niet altijd wordt nageleefd.

### **5.6 Conclusie**

De formulering van de beleidsdoelen voor het onderwerp voldoende bewegen voldoet grotendeels aan de normen van SMART+C. De keuze van beleidsinstrumenten is redelijk goed onderbouwd. De effectiviteit van de uitgevoerde interventieprogramma's is onvoldoende gewaarborgd en er is niets bekend over de effectiviteit ten aanzien van groepen met een lage sociaal-economische status. De aansturing van deze programma's door het Ministerie van VWS is onvoldoende en er is te weinig informatie-uitwisseling tussen de regionale en lokale programma's en het nationale

niveau. De interventieprogramma's worden regelmatig geëvalueerd, wat kan leiden tot bijstelling van het beleid. De op het departement aanwezige procedure voor het gebruik maken van de evaluaties wordt in de praktijk nog niet altijd nageleefd.



## 6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 6.1 Conclusies

De preventieve gezondheidszorg is van groot belang voor de gezondheid van de bevolking. In dit onderzoek is aandacht geschonken aan drie belangrijke onderdelen ervan, de bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen, roken en te weinig bewegen. Daarbij staat centraal in hoeverre beleid daadwerkelijk tot uitvoering komt en of de beleidsinformatie gebreken vertoont.

#### *In hoeverre komt beleid daadwerkelijk tot uitvoering?*

In haar rapport *Tussen beleid en uitvoering*, dat de Algemene Rekenkamer eerder dit jaar publiceerde, constateert de Algemene Rekenkamer dat het niet vanzelfsprekend is dat overheidsbeleid in zijn geheel uitgevoerd wordt<sup>39</sup>. Het rapport vermeldt voorbeelden van beleidsplannen die niet of slechts gedeeltelijk in uitvoering werden genomen. Voor het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen is er geen plan dat aangeeft hoe de beleidsdoelstelling bereikt kan worden. Inmiddels is het negentien jaar geleden dat Nederland in internationaal verband een inspanningsverplichting is aangegaan en twee jaar geleden dat het kabinet een beleidsdoelstelling heeft vastgesteld na een lange periode van gedegen voorbereiding.

Het implementatieplan voor het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen is een jaar vertraagd. De ambitieuze beleidsdoelstelling van de regering vereist dat er snel stappen worden ondernomen in diverse sectoren van de samenleving.

Het is niet zo dat er helemaal niets gebeurt. Op verschillende plaatsen in het land zijn er initiatieven genomen om de gezondheid van groepen met een lage sociaal-economische status te verbeteren. Meer dan een bescheiden begin is dit niet.

Pas na vaststelling van het implementatieplan kan er sprake zijn van een systematische bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De Algemene Rekenkamer concludeert dat het beleid gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen nog nauwelijks wordt uitgevoerd. Het ontbreken van informatie over de beleidsinstrumenten bemoeilijkt de parlementaire controle. Het beleid op het terrein van sociaal-economische gezondheidsverschillen is niet VBTB-proof en voldoet niet geheel aan de Comptabiliteitswet.

Groepen in de Nederlandse samenleving met een lage sociale status roken gemiddeld veel en bewegen gemiddeld weinig. Hier valt dus grote winst te behalen voor het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Bij de door de Algemene Rekenkamer onderzochte programma's is er vrijwel niet één die specifiek op de groepen met een lage sociaal-economische status is gericht en van de overige programma's is over het algemeen niet bekend in hoeverre zij effectief zijn voor deze groepen. Er is onvoldoende samenhang tussen het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen en het beleid ter bestrijding van roken en te weinig bewegen. Ook in deze laatste beleidsdomeinen komt het beleid gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen onvoldoende tot uitvoering.

Het beleid gericht op niet-roken, dat voortbouwt op de basis die gelegd is met het tabaksontmoedigingsbeleid, wordt voortvarend uitgevoerd en boekt goede resultaten. De uitvoering van het beleid ten aanzien van

---

<sup>39</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 831, nrs. 1–2.

voldoende bewegen vertoont gebreken, vooral omdat de effectiviteit van de ingezette beleidsinstrumenten onvoldoende is gewaarborgd. Daarbij moet echter wel in aanmerking worden genomen dat dit relatief jonge beleidsdomein grotendeels nog in ontwikkeling is.

#### *Vertoont de beleidsinformatie gebreken?*

In het beleid gericht op voldoende bewegen is er te weinig aandacht voor de effectiviteit van de ingezette instrumenten. Daardoor is niet gewaarborgd dat deze het beoogde resultaat hebben en is het onzeker of de hiermee gemoeide middelen doelmatig besteed worden.

De aansturing vanuit het Ministerie van VWS van de landelijke programma's voor voldoende bewegen schiet tekort en bij regionale en lokale programma's in dit veld is de informatie-uitwisseling met het nationale niveau onvoldoende.

## **6.2 Aanbevelingen**

De Algemene Rekenkamer doet op grond van dit onderzoek de volgende aanbevelingen aan de minister van VWS:

- Op korte termijn de beleidsinstrumenten kiezen om de vastgestelde doelen ter bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen te realiseren en vervolgens de uitvoering voortvarend ter hand nemen.
- Bevorderen dat de preventieve gezondheidszorg als geheel een bijdrage levert aan het bestrijden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In dit verband de uitvoering van het beleid ten aanzien van niet roken en voldoende bewegen specifiek richten op groepen met een lage sociaal-economische status.
- Ervoor zorgen dat van preventieprogramma's, zoals op het terrein van niet roken en voldoende bewegen, bekend is in hoeverre deze effectief zijn voor groepen met een lage sociaal-economische status.
- Ervoor zorgen dat er informatie is over de effectiviteit van programma's op het terrein van bevordering van voldoende beweging en bevorderen dat alleen programma's op grootschalig niveau worden ingezet waarvan de effectiviteit gebleken is.
- Zorgen voor een goede aansturing van de landelijke programma's voor voldoende bewegen en waarborgen dat er een betere informatie-uitwisseling komt tussen de regionale en lokale programma's aan de ene kant en het nationale niveau aan de andere kant.

## **7 REACTIE EN NAWOORD**

### **7.1 Reactie van de minister van VWS**

#### **7.1.1 Algemeen**

De minister van VWS constateert dat de Algemene Rekenkamer in dit rapport vier beleidsfasen onderscheidt die systematisch na elkaar moeten worden doorlopen. In theorie onderschrijft de minister dit model, maar de werkelijkheid van de beleidspraktijk is vaak weerbarstiger, waardoor verschillende fasen van het beleidsproces min of meer door elkaar heen lopen. Een deel van de aandachtspunten voor beleidsprocessen en informatievoorziening die in dit rapport worden geschetst, onderschrijft de minister. Een aantal daarvan was al eerder geconstateerd binnen VWS en heeft geleid tot initiatieven om de (informatievoorziening rondom) beleidsprocessen te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn (1) het Project Indicatoren Preventie ten behoeve van de verdere aanscherping van beleidsdoelen en indicatoren, (2) uitbreiding van het QUI-databestand van landelijke en lokale interventieprojecten en hun effectiviteit en (3) de organisatie van een viertal conferenties in 2003 en 2004 om te komen tot een referentiekader voor evaluatieonderzoek naar gezondheidsbevorderende interventies dat wordt onderschreven door wetenschap, praktijk en beleid. Verder gaat de minister achtereenvolgens in op de onderwerpen sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV), roken en te weinig bewegen.

#### **7.1.2 Sociaal-economische gezondheidsverschillen**

In het voorjaar van 2002 is gestart met de uitwerking van concrete maatregelen in het implementatieprogramma. Vervolgens is in het voorjaar 2003 besloten de maatregelen op te nemen in de kabinetsnota Preventiebeleid. Dit weerspiegelt de keuze om te concentreren op onderdelen van het SEGV-beleid die liggen op het werkterrein van VWS. De nota Preventiebeleid was controversieel verklaard en was vertraagd vanwege de kabinetswisseling, maar is nu ambtelijk afgerond en wordt zeer binnenkort aan de Tweede Kamer aangeboden (dit is inmiddels gebeurd). Het verkleinen van vermijdbare gezondheidsverschillen wordt gepresenteerd als één van de twee hoofddoelstellingen van het preventiebeleid. Daarnaast zijn de mensen met een lage opleiding een van de drie specifieke doelgroepen waar het beleid zich op wil richten. Het onderwerp SEGV wordt in de nota Preventiebeleid uitgewerkt langs twee lijnen. Enerzijds wordt onderkend dat SEGV-beleid niet op zichzelfstaand moet zijn, maar geïntegreerd in het totale preventiebeleid. In de nota Preventiebeleid kondigt het kabinet aan samen met gemeenten, scholen, sociale partners, zorgverleners en zorgverzekeraars actieprogramma's te gaan uitwerken voor drie leefstijlgerelateerde speerpunten (overgewicht, roken en diabetes). Bij de uitwerking wordt expliciet aandacht besteed aan drie specifieke doelgroepen, waaronder mensen met een lage opleiding. Anderzijds worden grote steden aangemerkt als een belangrijke vindplaats voor mensen met gezondheidsachterstanden. In de nota Preventiebeleid wordt aangegeven dat gezondheid daarom wordt ingebed in het beleidskader grotestedenbeleid 2005–2009. Hoofddoelstelling voor gezondheid in het grotestedenbeleid is het inlopen van gezondheidsachterstanden bij mensen met een lage opleiding of een laag inkomen. Met 30 grote steden wordt deze doelstelling nader uitgewerkt en worden afspraken gemaakt over specifieke maatregelen. VWS coördineert de sociale pijler van het grotestedenbeleid.

Ondanks het ontbreken van een systematisch SEGV-beleid zijn met betrekking tot een groot deel van de achterliggende factoren vanuit verschillende beleidsterreinen activiteiten uitgevoerd om SEGV te verminderen. Voorbeelden hiervan zijn:

- Voorkomen en terugdringen van ontwikkelings- en onderwijsachterstanden bij kinderen en jongeren door terugdringen van schoolverzuim en schooluitval;
- Versterken van de jeugdgezondheidszorg voor risicogroepen;
- Stimuleren van arbeidsintegratie en reïntegratie van arbeidsgehandicapten en chronisch zieken;
- Fysieke herstructurering en sociale impuls voor 50 aandachtswijken om leefbaarheid te vergroten.

Wat het kabinet wil gaan doen ter vermindering van SEGV wordt opgenomen in de nota Preventiebeleid, evenals wat dat gaat kosten. Op basis van de rapportages van de SEGV-monitor wordt de voortgang gevolgd. De eerste rapportage vindt plaats in 2004.

De minister bestrijdt dat wat betreft het SEGV-beleid in strijd met de Comptabiliteitwet wordt gehandeld. In de begroting 2004 van VWS staan de algemene doelstelling van het preventiebeleid en de operationele doelstellingen, met daaraan gekoppeld de beleidsinstrumenten. De SEGV-doelstelling is hierbij een deelaspect van de algemene preventiedoelstelling.

### **7.1.3 Roken**

Voor het beleidsinstrument zelfregulering ligt de bewijslast van de effectiviteit bij de partijen in de sector. Als de sector er onverhoopt niet in slaagt via zelfregulering tot adequate maatregelen te komen, dan gebruikt VWS alsnog het instrument van regelgeving om het doel te bereiken. De beleidsinstrumenten internationale activiteiten en onderzoek zijn naar de mening van de minister onontbeerlijk voor een goede onderbouwing van (nieuw) beleid, ondersteunend aan de andere beleidsinstrumenten en dragen zo wel degelijk, maar indirect, via de onderbouwing van nieuw beleid, bij aan de effectiviteit van het beleid.

Kosteneffectiviteit van interventieprogramma's heeft beslist de aandacht van VWS. Van programma's zoals de millenniumactie 1999/2000 is de kosteneffectiviteit, in de vorm van de kosten per gestopte roker, expliciet in beeld gebracht. Ook wordt in tal van campagnes aandacht besteed aan het bereiken van groepen met een lage sociaal-economische status. Campagnes op het gebied van niet-roken worden vrijwel altijd getest op de aansluiting bij en het effect dat zij hebben op het publiek, waarbij uitdrukkelijk ook mensen uit lage sociaal-economische statusgroepen worden betrokken. Hoewel de maatregel zich niet uitsluitend op lage sociaal-economische statusgroepen richt, zal de verhoging van de tabaksaccijns volgend jaar voor deze groep een belangrijke financiële prikkel zijn om het roken te ontmoedigen.

### **7.1.4 Te weinig bewegen**

Door VWS gesubsidieerde interventies waarvan de effectiviteit nog onvoldoende bekend is worden over het algemeen onderzocht in pilot-situaties. Bij beweegprojecten is het niet altijd mogelijk het (uni)causale verband tussen interventie en resultaat in termen van bewegingsbevordering vast te stellen. Daarom wordt niet alleen gekeken naar eindresultaten, maar ook naar percentages van deelnemers die de

beweegnorm halen, fase van gedragsverandering, deelnamecijfers en gezondheidseffecten.

VWS stuurt de beweegprogramma's aan binnen de kaders van de Welzijnswet. Daarbij vervult VWS de rol van «overheid op afstand» hetgeen goed aansluit bij het kabinetsstandpunt over de rol van de rijksoverheid. VWS heeft wel intensief contact met diverse intermediaire organisaties (onder meer NOC\*NSF, NISB en provinciale sportraden). VWS stimuleert deze organisaties volgens de VBTB-werkwijze te werken. Dat de informatie-uitwisseling tussen lokale programma's en het landelijke niveau onvoldoende is, wordt gebaseerd op een magere aantal van 3 lokale projecten waarvan bij 2 geen informatie-uitwisseling met een nationale organisatie was. Niettemin heeft de minister het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) de opdracht verstrekt om een database Sport, bewegen en gezondheid op te zetten, zodat informatie over («good practices») van beweegprogramma's bewaard blijft en voor alle partijen toegankelijk is.

In het rapport is vermeld dat te weinig beweegprojecten zich specifiek op groepen met een lage sociaal-economische status richten. Als reden wordt genoemd dat mensen met een lage sociaal-economische status over het algemeen minder bewegen dan de bevolking in zijn geheel. Uit gegevens van TNO-PG blijkt echter dat een hoger percentage lager opgeleiden dan hoger opgeleiden voldoet aan de nationale norm voor gezond bewegen. Dit komt mogelijk doordat laag opgeleiden vaker fysieke arbeid verrichten dan hoog opgeleiden. Bewegingsstimulering zou daarom binnen de lage sociaal-economische status-groepen met name gericht moeten zijn op mensen die niet deelnemen aan het arbeidsproces. VWS subsidieert verschillende beweegprojecten voor lage sociaal-economische status-groepen met een gezondheidsachterstand, zoals allochtone vrouwen, chronisch zieken, en kinderen met overgewicht.

## **7.2 Nawoord Algemene Rekenkamer**

De Algemene Rekenkamer is het met de minister van VWS eens dat de beleidspraktijk weerbarstig is. Dat neemt niet weg dat het inzichtelijk doorlopen van onderscheiden beleidsfasen de kwaliteit van de beleidsvorming en -uitvoering bevorderen en bovendien democratische verantwoording en controle beter mogelijk maken.

De Algemene Rekenkamer neemt met instemming kennis van de door de minister van VWS genoemde activiteiten:

- Het SEGV-beleid wordt nu VBTB-proof gemaakt door in de nota Preventiebeleid aan te geven wat wordt gedaan en wat dat gaat kosten. Daarmee wordt dan tevens, anders dan nu naar ons oordeel het geval is, aan de Comptabiliteitswet voldaan.
- Kosteneffectiviteit van interventieprogramma's met betrekking tot roken heeft de aandacht.
- Met de database Sport, bewegen en gezondheid wordt beoogd informatie over beweegprogramma's toegankelijk te maken.

Op enkele punten kunnen volgens de Algemene Rekenkamer nog verdere verbeteringen worden gerealiseerd door:

- De uitvoering van het beleid ten aanzien van niet roken en voldoende bewegen sterker te richten op groepen met een lage sociaal-economische status. In verschillende interventieprogramma's is er weliswaar aandacht voor lage sociaal-economische status groepen,

maar dit kan uitgebreid worden tot meer interventieprogramma's en kan sterker aangezet worden. Dit kan onder meer door voor alle interventieprogramma's te bepalen in hoeverre deze effectief zijn voor groepen met een lage sociaal-economische status.

- Bewegprojecten alleen op grootschalig niveau uit te voeren nadat de effectiviteit van het interventieprogramma op kleine schaal bewezen is.

De Algemene Rekenkamer constateert dat het SEGV-beleid traag op gang komt. Er zijn kennelijk op onderdelen enkele maatregelen genomen, terwijl een overzichtelijk implementatieplan nog met de Tweede Kamer moet worden besproken. Het vastgestelde beleidsdoel ligt in de verre toekomst, maar is ambitieus en er moet daarom snel gestart worden. De Algemene Rekenkamer brengt daarom de urgentie van de implementatie van het SEGV-beleid onder de aandacht.

Conclusie	Aanbeveling	Reactie	Nawoord
<p>Het implementatieplan voor het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen is ernstig vertraagd. De ambitieuze beleidsdoelstelling van de regering vereist dat er snel stappen worden ondernomen in diverse sectoren van de samenleving. Pas na vaststelling van het implementatieplan kan er sprake zijn van een systematische bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De Algemene Rekenkamer concludeert dat het beleid gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen nog nauwelijks wordt uitgevoerd. Het ontbreken van informatie over de beleidsinstrumenten bemoeilijkt de parlementaire controle. Het beleid op het terrein van sociaal-economische gezondheidsverschillen is niet VBTB-proof en daarnaast in strijd met de Comptabiliteitswet.</p>	<p>Kies op korte termijn de beleidsinstrumenten om de vastgestelde doelen ter bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen te realiseren en neem vervolgens de uitvoering voortvarend ter hand.</p>	<p>De beleidspraktijk is vaak weerbaarstig waardoor de verschillende beleidsfasen min of meer door elkaar lopen. Ondanks het ontbreken van een systematisch SEGV-beleid zijn met betrekking tot een groot deel van de achterliggende factoren activiteiten uitgevoerd om SEGV te verminderen. De uitwerking van concrete maatregelen met betrekking tot sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) wordt opgenomen in de nota Preventiebeleid. Deze wordt zeer binnenkort aan de Tweede Kamer aangeboden. Daarnaast coördineert het Ministerie van VWS de sociale pijler in het grotestedenbeleid. Het SEGV-beleid wordt VBTB-proof gemaakt door in de nota Preventiebeleid op te nemen wat wordt gedaan en wat dat gaat kosten. De SEGV-doelstelling is een deelaspect van de algemene preventiedoelstelling, die in de begroting is uitgewerkt in operationele doelstellingen met daaraan gekoppelde beleidsinstrumenten. Dit is niet strijdig met de Comptabiliteitswet.</p>	<p>Zowel de kwaliteit van de beleidsvorming en -uitvoering als de democratische verantwoording en controle zijn gebaat bij het zo inzichtelijk mogelijk doorlopen van de onderscheiden beleidsfasen. Met instemming constateert de Algemene Rekenkamer dat het SEGV-beleid nu VBTB-proof wordt gemaakt door aan te geven wat wordt gedaan en wat het gaat kosten. Daarmee wordt dan tevens aan de Comptabiliteitswet voldaan. Het SEGV-beleid komt traag op gang. De Algemene Rekenkamer brengt de urgentie van de implementatie van het SEGV-beleid onder de aandacht.</p>
<p>Groepen in de Nederlandse samenleving met een lage sociale status roken gemiddeld veel en bewegen gemiddeld weinig. Hier valt dus grote winst te behalen voor het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Echter, bij de door de Algemene Rekenkamer onderzochte programma's is er vrijwel niet één die specifiek op de groepen met een lage sociaal-economische status is gericht en van de overige programma's is over het algemeen niet bekend in hoeverre zij effectief zijn voor deze groepen. Er is dus onvoldoende samenhang tussen het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen en het beleid ter bestrijding van roken en te weinig bewegen. Ook in deze laatste beleidsdomeinen komt het beleid gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen onvoldoende tot uitvoering.</p>	<p>Bevorder dat de preventieve gezondheidszorg als geheel een bijdrage levert aan het bestrijden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Richt in dit verband de uitvoering van het beleid ten aanzien van niet roken en voldoende bewegen specifiek op groepen met een lage sociaal-economische status.</p>	<p>Lager opgeleiden voldoen vaker aan de nationale norm voor gezond bewegen dan hoger opgeleiden. Dit is mogelijk het gevolg van het vaker verrichten van fysieke arbeid. Bewegingsstimulering zou daarom binnen de lage sociaal-economische statusgroepen met name gericht moeten zijn op mensen die niet deelnemen aan het arbeidsproces. Onderkend wordt dat het SEGV-beleid geïntegreerd moet zijn in het totale preventiebeleid.</p>	<p>In verschillende interventieprogramma's is er weliswaar aandacht voor lage sociaal-economische status groepen, maar dit kan uitgebreid worden tot meer interventieprogramma's en kan sterker aangezet worden.</p>

Conclusie	Aanbeveling	Reactie	Nawoord
	Zorg ervoor dat van preventie-programma's, zoals op het terrein van niet roken en voldoende bewegen, bekend is in hoeverre deze effectief zijn voor groepen met een lage sociaal-economische status.	In tal van campagnes gericht op niet roken wordt aandacht besteed aan het bereiken van groepen met een lage sociaal-economische status.	Verbeteringen zijn mogelijk door voor alle interventie-programma's te bepalen in hoeverre deze effectief zijn voor groepen met een lage sociaal-economische status.
In het beleid gericht op voldoende bewegen is er te weinig aandacht voor de effectiviteit van de ingezette instrumenten. Daardoor is niet gewaarborgd dat deze het beoogde resultaat hebben en is het onzeker of de hiermee gemoeide middelen doelmatig besteed worden.	Zorg ervoor dat er informatie is over de effectiviteit van programma's op het terrein van bevordering van voldoende beweging en bevorder dat alleen programma's op grootschalig niveau worden ingezet waarvan de effectiviteit gebleken is.	Bij beweegprojecten is het niet altijd mogelijk het causale verband tussen interventie en resultaat vast te stellen. Daarom wordt niet alleen gekeken naar eindresultaten, maar ook naar deelnamecijfers en percentages van deelnemers die de beweegnorm halen.	Verbeteringen kunnen worden gerealiseerd door beweegprojecten alleen op grootschalig niveau uit te voeren nadat de effectiviteit van het interventie-programma op kleine schaal is bewezen.
De aansturing vanuit het Ministerie van VWS van de landelijke programma's voor voldoende bewegen schiet tekort en bij regionale en lokale programma's in dit veld is de informatie-uitwisseling met het nationale niveau onvoldoende.	Zorg voor een goede aansturing van de landelijke programma's voor voldoende bewegen en waarborg dat er een betere informatie-uitwisseling komt tussen de regionale en lokale programma's aan de ene kant en het nationale niveau aan de andere kant.	Dat de informatie-uitwisseling tussen lokale programma's en het landelijk niveau onvoldoende is wordt gebaseerd op 3 lokale projecten. Niettemin heeft de minister opdracht verstrekt om een database op te zetten, zodat informatie over beweegprogramma's toegankelijk is.	Met instemming constateert de Algemene Rekenkamer dat de op te zetten database informatie over beweegprogramma's toegankelijk maakt.



De Algemene Rekenkamer heeft in dit onderzoek de volgende normen gehanteerd.

#### *Kwaliteit van de beleidsinformatie*

In dit onderzoek worden de vier fasen van een beleidscyclus onderzocht. Bij alle fasen van de beleidscyclus (beleidsdoelformulering, beleidsinrichting, beleidsuitvoering en beleidsinformatie) wordt er aandacht besteed aan de kwaliteit van de beleidsinformatie. Voor het beoordelen van de kwaliteit van de beleidsinformatie hanteert de Algemene Rekenkamer de volgende normen:

#### Inhoudelijk:

- Relevantie (o.a. volledigheid, actualiteit en tijdigheid);
- Betrouwbaarheid;
- Conformiteit aan wettelijke regels en gezaghebbende richtlijnen voor de inhoud van de informatie.

#### Vorm en presentatie:

- Begrijpelijkheid;
- Vergelijkbaarheid (o.a. consistentie in de tijd en tussen onderdelen van de beleidsketen);
- Conformiteit aan wettelijke regels en gezaghebbende richtlijnen voor de vorm van de informatie.

De Algemene Rekenkamer heeft in dit onderzoek zowel het beleid ten aanzien van het terugdringen van ongezonde gedrag patronen als het beleid ten aanzien van het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen onderzocht. Dat betekent dat bij het beoordelen van de beleidsinformatie telkens bekeken is in hoeverre deze informatie adequaat is in zijn totaliteit en in hoeverre er onderscheid gemaakt wordt tussen verschillende groepen met een lage sociaal-economische status.

#### *Beleidsdoelformulering*<sup>40</sup>

Om een zo goed mogelijke basis te verkrijgen voor de beleidsinrichting, beleidsuitvoering en beleidsevaluatie dient de beleidsdoelformulering aan een aantal criteria te voldoen. De Algemene Rekenkamer hanteert hiervoor de zogenoemde SMART+C normen:

- Specifiek: de doelen dienen zo concreet mogelijk te zijn geformuleerd, bijvoorbeeld gericht op een bepaalde sector of bevolkingsgroep.
- Meetbaar: later moet vast te stellen zijn of de doelen zijn gehaald. Hiervoor kan een nulmeting nodig zijn.
- Afgesproken: de doelen moeten expliciet gemaakt zijn in Tweede-Kamerstukken.
- Realistisch: de doelen moeten zodanig zijn gekozen dat ze met het beschikbare budget bereikt kunnen worden, rekening houdend met plausibele scenario's voor de invloed van externe factoren.
- Tijdgebonden: de einddoelen dienen gekoppeld te zijn aan einddata. Er dienen tussendoelen te zijn om tussentijds vast te stellen of men op het juiste spoor zit.

Bovendien moeten de doelen Consistent zijn: onderling consistent en consistent met de basisgegevens.

#### *Beleidsinrichting*

In de toelichting bij de begroting moet vermeld worden welke beleidsinstrumenten worden ingezet ter bereiking van de doelstellingen van het

<sup>40</sup> Beleidsdoelformulering en beleidsinrichting zijn op vergelijkbare wijze onderzocht in het rapport van de Algemene Rekenkamer: Bestrijding uitstoot broeikasgassen. Tweede Kamer vergaderjaar 2001–2002, 28 772, nr. 1–2. Bijlage 3.

beleid<sup>41</sup>. Voor een doelgerichte en doelmatige keuze van beleidsinstrumenten stelt de Algemene Rekenkamer de volgende normen:

- De keuze voor de inzet van een beleidsinstrument moet onderbouwd zijn;
- De taakverdeling tussen actoren bij de inzet van het beleidsinstrument moet duidelijk omschreven zijn.

De keuze van de beleidsinstrumenten moet onderbouwd zijn met informatie over:<sup>42</sup>

- De probleemanalyse: Een beschrijving van de oorzaken, omvang, mogelijke gevolgen en de mogelijkheden tot beïnvloeding van het probleem;
- Beleidstheorie: Een logische redenering die een causaal verband tussen de beleidsmaatregel en het beoogde effect aannemelijk maakt;
- De verwachte (neven)effecten van de beleidsinstrumenten, bij voorkeur afgezet tegen alternatieven waaronder voortzetting van het huidige beleid;
- De kosteneffectiviteit van het beleidsinstrument: De verhouding tussen de ingezette middelen en het uiteindelijke effect.

#### *Beleidsuitvoering*

In het Jaarbeeld Zorg 2001 worden de normen vermeld die gesteld worden aan programmatische preventies:<sup>43</sup>

- Bewezen effectieve interventie;
- Kosteneffectief;
- In het veld uitvoerbaar.

De Algemene Rekenkamer wil bovenstaande norm hanteren voor de inzet van interventieprogramma's op grote schaal die beogen gezond gedrag te bevorderen.

Voor de experimentele inzet op kleine schaal van nieuwe interventieprogramma's vindt de Algemene Rekenkamer bewezen effectiviteit een te zware eis. Bij experimentele inzet op kleine schaal van nieuwe interventieprogramma's worden de volgende drie normen gesteld:

- Er dient informatie over de effectiviteit te zijn, of, als deze er niet is, moet aantoonbaar een proces in gang zijn gezet dat deze informatie zal opleveren (bijvoorbeeld een onderzoeksopdracht);
- Daarbij dient ook aandacht te worden besteed aan de kosten in relatie tot de effectiviteit;
- De interventie moet in het veld goed uitvoerbaar zijn of het experiment moet erop gericht zijn de uitvoerbaarheid van de interventie te onderzoeken.

Bovendien kan, in relatie tot de beleidsdoelstelling van het terugdringen van Sociaal Economische Gezondheidsverschillen, een aanvullende norm gesteld worden aan preventieve interventies:

- Er dient specifieke informatie te zijn omtrent de effectiviteit ten aanzien van de groepen met een lage sociaal-economische status.

<sup>41</sup> Comptabiliteitswet 2001, artikel 5, lid 1b.

<sup>42</sup> Voor al deze vier elementen zie ook: Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 272, nrs. 1–2. Voor de laatste twee elementen zie ook: Ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001. Onderdeel D, paragraaf 2.3.1.

<sup>43</sup> Ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001. Onderdeel D, paragraaf 2.3.1.

Bij alle interventieprogramma's dienen het doel, de opzet en de onderbouwing duidelijk te zijn.

De Algemene Rekenkamer onderscheidt de volgende typen interventieprogramma's:

1. Landelijke interventieprogramma's die een binding hebben met VWS (bijvoorbeeld subsidierelatie);

2. Lokale interventieprogramma's die een rechtstreekse binding hebben met VWS of een indirecte binding (bijvoorbeeld gebruik makend van materiaal dat in opdracht van VWS is ontwikkeld);
  3. Lokale interventieprogramma's zonder binding met VWS.
- De uitvoerders van landelijke interventieprogramma's dienen te beschikken over aansturing, ondersteuning en informatie van VWS over het preventiebeleid en dienen informatie over activiteiten en resultaten aan VWS te verschaffen.
  - De uitvoerders van regionale en lokale interventieprogramma's met een directe of indirecte binding met VWS dienen te beschikken over aansturing, ondersteuning en informatie van VWS en/of landelijke organisaties over het preventiebeleid en dienen informatie over activiteiten en resultaten aan VWS en/of landelijke organisaties te verschaffen.
  - Tenslotte dient VWS een globaal beeld te hebben van de uitvoering van regionale en lokale interventieprogramma's zonder een binding met VWS.

#### *Beleidsevaluatie*

De Algemene Rekenkamer stelt hier eisen ten aanzien van de Procedureel-Organisatorische Voorzieningen (de zogenoemde POV's)<sup>44</sup>. De Algemene Rekenkamer doet dit vanuit de opvatting dat de doelmatigheid gebaat is bij deze POV's.

In het onderzoek naar de preventieve gezondheidszorg zijn de volgende drie POV's gehanteerd:

- Organisatie: er dienen zodanige structuren, procedures en werkmethoden te zijn dat de planning, monitoring, bijsturing, vastlegging en verantwoording worden gewaarborgd;
- Monitoring: er dient relevante, betrouwbare en tijdige informatie te zijn over inzet van middelen, de uitvoering van activiteiten en de bereikte resultaten die wordt vergeleken met de planning;
- Bijsturing: bij afwijking tussen planning en resultaten dient tijdig en beredeneerd bijstelling plaats te vinden van de planning, de inzet van middelen en/of de uitvoering van activiteiten.

---

<sup>44</sup> Algemene Rekenkamer, handleiding doelmatigheidsonderzoek, 2 mei 1996. Hoofdstuk 3.3.2.

BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
GES	Gezondheidseffectscreening
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	De vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
Nederland	
GSI	GroteSteden- en Integratiebeleid
GVO	GezondheidsVoorlichting
Nationaal contract	Nationaal contract Openbare Gezondheidszorg
OGZ	
NIB	Nederland In Beweging!
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
PEO	Projecten, Experimenten en Onderzoek
POV	Procedureel Organisatorische Voorzieningen
QUI database	Quality of Interventions database
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg
SEGV	Sociaal Economische Gezondheidsverschillen
SES	Sociaal Economische Status
SLAG	Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen
SMART+C	Specifiek, Meetbaar, Afgesproken, Realistisch, Tijdgebonden + Consistent
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	De Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
VTV	Volksgesondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation (Wereldgezondheidsorganisatie)
ZONMw	ZorgOnderzoek Nederland en Medische Wetenschappen