

Vergaderjaar 2003–2004

29 300

Preventieve gezondheidszorg

Nr. 3

¹ Samenstelling:

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

² Samenstelling:

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

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 30 januari 2004

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

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft deze vragen beantwoord bij brief van 29 januari 2003.

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

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

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

Adjunct-griffier van de commissie voor de Rijksuitgaven,
Noordsij

Volgens een rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau profiteren de midden en de lagere inkomens minder van de voorzieningen van de overheid dan de rijkere burgers, hetgeen haaks staat op het beleid om sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) terug te dringen. Welke plannen heeft de regering om deze ontwikkelingen om te zetten in een meer evenwichtig beleid?

Het Sociaal Cultureel Planbureau heeft in 2003 onderzocht hoe de verdeling is van overheidsuitgaven en -inkomsten over de verschillende inkomensgroepen in 1999. In totaal zijn 35 voorzieningen betrokken, verdeeld over 7 sectoren: volkshuisvesting, onderwijs, openbaar vervoer, cultuur en recreatie, zorgverzekeringen, dienstverlening en bestaanskosten. Voor al deze sectoren gezamenlijk blijkt dat de huishouden in de laagste inkomensgroep en de middeninkomens minder dan gemiddeld en de bovenste helft van de inkomensverdeling meer dan gemiddeld profijt van de overheid hebben. De verdeling tussen de inkomensgroepen verschilt echter sterk per onderzochte sector. Zo komt de huursubsidie vooral ten gunste van de laagste inkomensgroepen en het huurwaardevoordeel ten gunste van de hoogste inkomensgroepen. Het profijt van de onderwijsuitgaven komt grotendeels terecht bij de hogere inkomensgroepen, door het feit dat schoolgaande kinderen vooral in deze inkomensgroepen voorkomen. De uitgavenverdeling van het openbaar vervoer is redelijk verdeeld over de groepen. Van het sociaal-culturele werk en van sportvoorzieningen profiteren met name de lagere inkomensgroepen. Dat geldt ook voor de ziekenfondsverzekeringen en de voorzieningen op het gebied van maatschappelijke dienstverlening, zoals de thuiszorg en de voorzieningen voor gehandicapten. De rechtshulp draagt door zijn inkomensafhankelijkheid bij aan een hoger profijt van de lagere inkomensgroepen. De kinderopvang daarentegen is – ondanks de inkomensafhankelijkheid – een voorziening die vooral ten gunste komt van de hogere inkomensgroepen. Van de compensatie van bestaanskosten komen de bijzondere bijstand en de kwietschelding van lokale heffingen vanzelfsprekend terecht bij de lagere inkomensgroepen. De fiscale compensatie van bijzondere ziektekosten komt voor een substantieel deel terecht bij de hogere inkomensgroepen. Hierbij speelt mee dat men voldoende inkomen moet hebben om fiscaal profijt te hebben. Uiteindelijk concludeert het SCP dat de mate waarin de verschillende inkomensgroepen gebruik maken van regelingen en voorzieningen nagenoeg geen effect heeft op de inkomensverhoudingen.

Uit bovenstaande blijkt dat de lagere inkomensgroepen met name profiteren van voorzieningen op het gebied van maatschappelijk dienstverlening en bestaanskosten. Dit staat dus niet haaks op terugdringen SEGV. Bovendien blijken lagere inkomensgroepen ook boven gemiddeld te profiteren van sportvoorzieningen en sociaal-cultureel werk. Deze voorzieningen zijn van groot belang bij het uitvoeren van interventies gericht op gezond gedrag.

Vooralsnog ziet de regering, gelet op de resultaten van dit onderzoek, geen aanleiding om het beleid aan te passen, anders dan aangegeven in de nota «Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag.» (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 22 894, nr. 20).

Kan de regering aangeven of de grote verantwoordelijkheid die nu bij de burger wordt gelegd, op het gebied van gezond en sportief leven reëel is?

Gezondheid wordt bepaald door een combinatie van leefstijl, persoonskenmerken, omgevingsfactoren en het gezondheidszorgsysteem. Het

aannemen van een gezonde leefstijl kan dus een belangrijke bijdrage leveren aan een betere gezondheid. Uiteindelijk kan alleen de burger zelf zijn gedrag veranderen. De eigen verantwoordelijkheid voor een goede gezondheid heeft daarom een prominente plaats. Toch spant de overheid zich in voor het creëren van gunstige randvoorwaarden waardoor de keuze voor gezond gedrag gemakkelijker wordt. Onder meer via een settinggerichte aanpak worden deze randvoorwaarden gecreëerd: mensen worden bereikt in hun directe leefomgeving en er worden tegelijkertijd veranderingen aangebracht in die leefomgeving. In de nota «Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag» (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 22 894, nr. 20) is deze settinggerichte aanpak neergelegd.

3

Bij niet roken interventieprogramma's staan een paar projecten genoemd die gericht zijn op het effectief ondersteunen van het stoppen met roken. Roken blijkt vooral bij groepen met een lage economische status een probleem te zijn. Uit onderzoek is gebleken dat ondersteuning voor het stoppen met roken in de vorm van anti rookmiddelen en programma's leidt tot een aanzienlijke afname van het aantal rokers in Nederland. Is de regering in het licht van het voorgaande van mening dat deze ondersteuningsmogelijkheden toegankelijk moeten zijn voor iedereen? Hoe wil de regering dit bewerkstelligen?

Eén van de speerpunten van het tabaksontmoedigingsbeleid is om rokers die willen stoppen te ondersteunen. Deze ondersteuning kan op veel manieren plaatsvinden. Zo stelt het ministerie van VWS middelen ter beschikking voor grote massamediale stopcampagnes, maar financiert het ook een project dat erop gericht is de betrokkenheid en activiteiten van de medische sector bij het bieden van ondersteuning bij stoppen met roken te vergroten. Daarnaast zijn er recent diverse ontmoedigingsmaatregelen getroffen, zoals het recht op een rookvrije werkplek en de verhoging van de tabaksaccijns, die ook zullen leiden tot een groter aantal stoppogingen. Vanwege de primaire eigen verantwoordelijkheid van de roker en de afslanking van het verstrekkingpakket is besloten niet over te gaan tot het vergoeden van deze ondersteuning. Dat geldt ook voor groepen met een lage sociaal-economische status. In een brief aan de Kamer van 21 november 2003 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 200 XVI, nr. 52) is dit standpunt ten aanzien van vergoedingen van ondersteuning bij stoppen met roken uitgebreid toegelicht.

4

Wat doet de minister om de effectiviteit en efficiëntie van preventiebeleid te bevorderen?

De minister houdt de effecten en efficiëntie van het bestaande beleid in de gaten door middel van evaluatie-onderzoek en monitoringssystemen. In de Regeling Prestatiegegevens en Evaluatie-onderzoek is de verplichting opgenomen om iedere vijf jaar na te gaan in hoeverre de operationele beleidsdoelstellingen worden gerealiseerd. Indien op basis van de uitkomsten van evaluatieonderzoek of gegevens uit monitoringssystemen wordt geconstateerd dat het beleid niet of onvoldoende bijdraagt aan realisatie van de doelstelling, leidt dit tot een beleidsreactie.

Van de effectiviteit en efficiëntie van nieuw beleid wordt vooraf een inschatting gemaakt. Zo heeft het RIVM het afgelopen jaar de (kosten)effectiviteit en kostenbesparingen berekend van verschillende methoden voor de preventie van diabetes. Deze berekeningen hebben onder meer als basis gediend voor het besluit om de preventie van diabetes te benoemen als speerpunt van de nota «Langer gezond leven. Ook een

kwestie van gezond gedrag». In 2004 en 2005 zal het RIVM de (kosten)effectiviteit berekenen van verschillende methoden voor de preventie van roken en overgewicht.

Sinds begin 2003 (herstart begin 2004) heeft het departement een registratiesysteem waarin de (ex-ante en ex-post) beleidsevaluatie-onderzoeken en monitoringsystemen zijn geïnventariseerd; de database Evaluatie Onderzoeken Rijksoverheid (EOR). Het systeem vormt de agenda voor de beleidsevaluatie van landelijk beleid.

5

Wat is de inzet van de minister ten aanzien van andere departementen die in preventie een belangrijke rol spelen?

Het ministerie van VWS coördineert het thema preventie op het gebied van volksgezondheid als geheel, dus ook interdepartementaal. Op veel deelterreinen wordt samengewerkt met één of meerdere andere departementen, zoals bij arbeid en gezondheid, alcohol en verkeer, milieu en gezondheid, letselpreventie, zorg-ICT, voedselveiligheid en schoolgezondheidsbeleid. De samenwerking is meer of minder structureel en kan variëren van input leveren bij de ontwikkeling van beleid tot gezamenlijke uitvoering van actieprogramma's.

Concrete interdepartementale actiepunten op het terrein van preventie zijn: uitwerken van het concept Gezonde School; vervolg van het project Sociale Zekerheid en Zorg; uitwerking van het actieprogramma gezondheid en milieu; inbedden van gezondheid in het Grote Stedenbeleid en het ontwikkelen van een programma voor een sociale impuls in 56 achterstandswijken. Als structureel samenwerkingsverband is nog te noemen de Operatie JONG.

6

Wat doet de minister om implementatie van best practices over heel Nederland te bewerkstelligen? Hoe voorkomt de minister dat op dit punt op lokaal niveau steeds opnieuw het wiel wordt uitgevonden?

Via diverse kanalen worden best practices van gemeentelijk beleid beschikbaar gesteld aan andere gemeenten:

- In het kader van het Nationaal Contract OGZ is een instrumentenkoffer ontwikkeld en verspreid. De instrumentenkoffer, bedoeld voor gemeenten, bevat informatie over 8 thema's, met zowel voorbeelden van beleid als concrete interventies. Uitvoerende organisaties zijn de VNG en GGD Nederland.
- Ook worden in het kader van het Nationaal Contract OGZ masterclasses gegeven. Kennis en ervaringen van gemeenten met interventies, die door experts als effectief zijn beoordeeld, worden hierin overgedragen aan andere gemeenten. Uitvoerende organisaties zijn het NIGZ en ZonMw.
- Eén van de doelen van het Netwerk Gezonde Gemeenten en de projecten thematische ondersteuning van de VNG is het verzamelen en verspreiden van best practices.
- Tot slot vervult het Qui-project, een samenwerkingsproject van zowel de VNG, GGD Nederland, RIVM, ZonMw en diverse GBI's, ondersteund bij het NIGZ, een belangrijke rol bij het verzamelen en overdragen van best practices.

7

Hoe verklaart de regering dat het implementatieplan ter terugdringing van sociaal-economische gezondheidsverschillen, dat in aansluiting op het rapport Albeda is aangekondigd, nog steeds niet van de grond gekomen is?

Het kabinet heeft er voor gekozen geen apart implementatieprogramma SEGV op te stellen. Het verhogen van de sociaal-economische status vindt plaats in het kader van het Nationaal Actieplan ter bestrijding van armoede en sociale uitsluiting (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 21 501-18, nr. 17). Het ministerie van OCW voert actief beleid gericht op het verbeteren van de onderwijssituatie van leerlingen uit lage ses-groepen, onder meer door het faciliteren van onderwijsachterstanden-beleid, het Onderwijskansenbeleid en het plan van aanpak Vroegtijdige schoolverlaters. Daarnaast werkt het ministerie van VROM aan het verbeteren van het binnen- en buitenmilieu onder meer in het kader van het actieprogramma Gezondheid en Milieu en de aanbevelingen uit de nota Mensen, wensen en wonen.

Op het gebied van de volksgezondheid worden specifieke maatregelen en investeringen getroffen gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Dit beleid is opgenomen in de nota «Langer Gezond Leven. Ook een kwestie van gezond gedrag» (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 22 894, nr. 20). Het gezondheidsachterstandenbeleid wordt zo geïntegreerd in het totale preventieve gezondheidsbeleid.

In de nota is het terugdringen van gezondheidsachterstanden bij mensen met een lage opleiding en laag inkomen (de zogenaamde lage ses-groepen) één van de prioriteiten, naast toename van het aantal gezonde jaren op de totale levensverwachting. Dit komt om te beginnen tot uitdrukking bij de doelstellingen en bij de beschrijving van de doelgroepen. Vervolgens is gesteld dat in de uitwerking van de 3 speerpunten (roken, overgewicht en diabetes) acties worden omschreven en uitgevoerd gericht op de belangrijkste doelgroepen. De intensiveringen in het kader van de nota zullen dus voor een belangrijk deel worden besteed aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. De middelen van beleidskader Sociale pijler GSB zijn met name bedoeld voor terugdringen gezondheidsachterstanden (van 2005–2009 per jaar 5 miljoen euro). Daarnaast wordt ook van de door VWS gesubsidieerde gezondheidsbevorderende instellingen nadrukkelijk gevraagd activiteiten gericht op deze doelgroep uit te voeren.

8

Welke beleidsinstrumenten denkt het kabinet in reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer te benutten om de doelstellingen op het terrein van terugdringing van sociaal-economische gezondheidsverschillen te halen? Op welke wijze zal het kabinet deze beleidsinzet monitoren?

De doelstelling van het beleid is het realiseren van een toename van het aantal gezonde levensjaren en het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden. De prioriteit ligt bij de aanpak van 6 prioritaire ziekten(clusters) die systematisch – tot drie keer – vaker voorkomen bij mensen met een lage opleiding vergeleken met mensen met een hoge opleiding. Om deze ziekten aan te pakken worden drie speerpunten, roken, overgewicht en diabetes, met voorrang aangepakt. Voor alle drie de speerpunten geldt dat zij vaker voorkomen bij mensen met een laag opleidingsniveau.

Bij de uitwerking van deze speerpunten zal steeds gerichte aandacht zijn voor het beïnvloeden van de leefstijl en leefomstandigheden van deze specifieke groepen. Dat zal onder meer gebeuren door de settinggerichte aanpak: op school, op het werk, in de wijk, en in de spreekkamer van de dokter. Deze aanpak is met name geschikt om mensen met een lage opleiding te bereiken. Ook kan in zo'n setting concreet gewerkt worden aan een gezonde leefomgeving. Uitgangspunt van het beleid gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden is dat gewerkt wordt vanuit een integrale aanpak, gericht op zowel psychosociale, materiële als structurele omgevingsfactoren. Om deze integrale aanpak te kunnen realiseren

hebben Rijk en lokale overheden twee trajecten in gang gezet: Om te beginnen wordt gezondheid opgenomen in het beleidskader van de sociale peiler van het grotestedenbeleid. Het beleidskader van het GSB leent zich bij uitstek voor een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden, vanwege de inzet van maatregelen in het kader van zowel de sociale, fysieke als economische peiler. Bovendien is het GSB per definitie gericht op het wegwerken van achterstanden. Het kabinet stelt voor dit traject van 2005–2009 jaarlijks 5 miljoen euro beschikbaar.

Het tweede traject is het starten van een programma voor een gerichte sociale impuls in de (56) achterstandswijken in de grote steden. Om de leefsituatie in achterstandswijken, die ook geselecteerd zijn in het kader van de stedelijke vernieuwing te verbeteren wordt een sociaal programma opgezet. De middelen hiervoor zijn opgenomen in de BOS-regeling (Buurt, Onderwijs, Sport). Deze regeling loopt van 2004 tot 2006 en zal het eerste jaar alleen worden opengesteld voor de 56 achterstandswijken in de 30 grote steden.

Het RIVM zal een monitor sociaal-economische gezondheidsverschillen ontwikkelen in 2004. Deze monitor beoogt trends in de omvang en determinanten van de gezondheidsverschillen in kaart te brengen. De monitor maakt gebruik van bestaande databronnen met een landelijke dekking en zal elke 4 jaar informatie opleveren: de eerste keer in 2005.

9

Kan de minister per aanbeveling van de Algemene Rekenkamer (op pagina 36) aangeven wat hij van de aanbeveling vindt en wat hij voornemens is te gaan doen met de aanbevelingen?

Zie antwoord 10.

10

Welke aandachtspunten voor beleidsprocessen en informatievoorziening in het rapport van de Algemene Rekenkamer worden door de minister onderschreven en waarom? Welke aandachtspunten van de Algemene Rekenkamer onderschrijft de minister in het geheel niet en waarom?

In hoofdstuk 7 (blz. 37–40) vindt u onze reactie op de conclusies en aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer. Hieronder vat ik onze reactie op de conclusies en aanbevelingen voor u samen.

Conclusies en aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer op grond van hun onderzoek naar preventieve gezondheidszorg zijn:

1. *Conclusie:* Het beleid rondom het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) heeft een helder doel, maar de uitwerking ervan is niet van de grond gekomen.
Aanbeveling: 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.
Reactie: Beleidsmaatregelen gericht op het verminderen van gezondheidsverschillen zijn opgenomen in de nota preventiebeleid. In de nota preventiebeleid wordt via 2 lijnen beleid gevoerd op SEGV; 1) mensen met een lage ses zijn een expliciete doelgroep in actieprogramma's op drie leefstijlgerelateerde thema's, 2) gezondheid wordt opgenomen in het grotestedenbeleid, waarbij gezondheidsverschillen in achterstandswijken integraal worden aangepakt.
2. *Conclusie:* De preventieve gezondheidszorg zou als geheel moeten bijdragen aan het verminderen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Diverse programma's rondom roken en bewegen richten zich hierop, maar er bestaat beperkt zicht op hoe groot de bijdrage aan vermindering van SEGV is.

Aanbeveling 1: 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 (ses).

Reactie: De Algemene Rekenkamer geeft aan dat 6 van de 10 landelijke projecten en 3 van de 8 lokale projecten specifiek zijn gericht op mensen met een lage ses. De Algemene Rekenkamer noemt dit te weinig, maar geeft niet aan wat haar norm is.

Aanbeveling 2: 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.

Reactie: Ik onderschrijf deze aanbeveling, maar merk op dat het ministerie hier al veel aandacht voor heeft. 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 ook mensen uit lage ses-groepen betrokken worden.

3. *Conclusie:* Het beleid ter preventie van roken heeft een heldere doelstellingen en is grotendeels uitgewerkt met beleidsinstrumenten waarvan de effectiviteit voldoende is aangetoond.

Reactie: Ik stem in met deze conclusie van de Algemene Rekenkamer.

4. *Conclusie:* Het doel van het beleid rondom lichamelijke activiteit is helder, maar de effecten van de gesubsidieerde programma's zijn onvoldoende onderbouwd.

Aanbeveling 1: 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.

Reactie: Bij 5 van de 11 door de Algemene Rekenkamer bestudeerde interventies is de effectiviteit onderzocht. De Algemene Rekenkamer vindt dit te weinig. Ter nuancering merk ik op dat het realiseren van actievere leefstijl die beklijft complex is en van diverse onderling interacterende factoren afhankelijk. Dit maakt het niet altijd mogelijk om bij projecten het (uni)causale verband tussen interventie en resultaat in termen van bewegingsbevordering vast te stellen.

Aanbeveling 2: Zorgen voor een goede aansturing van de landelijke programma's voor voldoende bewegen en waarborgen dat er een betere informatieuitwisseling komt tussen de regionale en lokale programma's aan de ene kant en het nationale niveau aan de andere kant.

Reactie: Het gebrek aan informatie-uitwisseling baseert de Algemene Rekenkamer op 3 projecten, een gering aantal om conclusies op te baseren. Niettemin heb ik de opdracht verstrekt om een database Sport, bewegen en gezondheid ontwikkelen zodat informatie over beweegprogramma's toegankelijk wordt.

11

Waarom concentreert de minister zich uitsluitend op onderdelen van het SEGV-beleid die liggen op het werkterrein van zijn eigen ministerie?

Waarom wordt niet gekozen voor een integrale interdepartementale aanpak met de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als regisseur?

Vanuit verschillende departementen wordt beleid ontwikkeld gericht op het terugdringen van SEGV. Zo worden maatregelen gericht op het verhogen van de sociaal-economische status uitgevoerd door de ministeries van SZW en OCW. De minister van VWS richt zich op die onderdelen van het SEGV-beleid die gericht zijn op het bevorderen van gezondheid en die liggen op het werkterrein van het ministerie van VWS. Tussen de

departementen wordt waar nodig intensief samengewerkt en afgestemd. Het instellen en in stand houden van een aparte interdepartementale coördinatiestructuur acht de regering niet nodig.

12

Hoe wordt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport samenwerking gezocht met andere ministeries als het gaat om preventiebeleid? Hoe ziet deze samenwerking er uit? Welke concrete interdepartementale actiepunten zijn er op het punt van preventie?

Zie het antwoord op vraag 5.

13

Hoeveel mensen uit lage sociaal-economische groepen zijn de afgelopen tien jaar gestopt met roken als gevolg van verhoging van de tabaksaccijns? Hoe kan het dat desondanks in de lage sociaal-economische veel mensen roken?

Onderstaande tabel geeft de ontwikkeling van de accijnzen op tabaksproducten in de afgelopen tien jaar.

Product	1 januari 1994		1 januari 2004		1 februari 2004
	Kleinhandelsprijs	Accijns	Kleinhandelsprijs	Accijns	Accijns
Sigaretten ¹	€ 2,50	€ 1,43	€ 3,80	€ 2,16 Stijging met 51% t.o.v. 1994	€ 2,62 Stijging met 83% t.o.v. 1994
Rooktabak (shag) ²	€ 2,54	€ 1,22	€ 3,80	€ 1,62 Stijging met 33% t.o.v. 1994	€ 2,08 Stijging met 70% t.o.v. 1994

¹ Prijs en accijns van meest gevraagde prijsklasse, zijnde pakje van 25 stuks

² Prijs en accijns van meest gevraagde prijsklasse, zijnde pakje van 50 gram

Een groot deel van de accijnswijzigingen in de loop der tijd is toe te schrijven aan aanpassingen van de accijns aan prijsstijgingen. Bij een prijsverhoging door de tabaksindustrie dient tegelijkertijd de accijns te worden aangepast. Autonome accijnswijzigingen (wijzigingen geïnitieerd door de overheid) voor zowel sigaretten als shag hebben plaatsgevonden in 1997, 1998 en 2001 (deze laatste in verband met BTW-verhoging). Met ingang van 1 februari 2004 wordt de accijns met 46 eurocent verhoogd. In 1999 heeft de Wereldbank een uitgebreide studie gedaan naar maatregelen ter beperking van tabaksgebruik¹. De prijselasticiteit van de vraag naar tabaksproducten schat de Wereldbank voor landen met hoge inkomens op – 0,4. Dat wil zeggen dat bij een prijsstijging van 10% de vraag naar tabaksproducten met 4% daalt. Ook het EIM geeft een prijselasticiteit van – 0,4% voor Nederland².

In welke mate accijnsverhoging heeft bijgedragen aan het verminderen van het aantal rokers is niet precies te kwantificeren, ook niet specifiek voor mensen uit lage-inkomensgroepen. De invloed van prijsmaatregelen is immers niet te scheiden van de invloed van andere maatregelen ter vermindering van het tabaksgebruik zoals voorlichtingcampagnes, regelgeving, zelfregulering, etc. Wel wordt in bovengenoemde onderzoeken geconcludeerd dat prijsveranderingen vooral van invloed zijn op jongeren aangezien die gevoeliger zijn voor prijsveranderingen. De Wereldbank concludeert dat ook mensen met lage inkomens in het algemeen gevoeliger zijn voor prijsveranderingen dan mensen met hoge inkomens.

¹ Wereldbank. Curbing the epidemic; Governments and the economics of tobacco control. Washington. 1999.

² EIM. Accijnsverhoging op tabaksproducten. Zoetermeer. 2002.

Hoe kan het dat desondanks in de lage sociaal-economische veel mensen roken?

Uit onderzoek naar de intentie om te gaan roken blijkt dat personen met een lage sociaal- economische status verwachten dat ze meer sociale contacten maken via roken en ervaren ze meer sociale druk om te starten met roken dan personen met een hogere SES. Culturele, materiële en psychosociale factoren bepalen het verschil in rookgedrag. Het hogere percentage rokers in bevolkingsgroepen met een lage SES blijkt vooral gerelateerd te zijn aan het eerder beginnen met roken, een slechtere gezondheid, meer neuroticisme, minder sociale steun en minder grip op hun eigen leven¹. Rokers uit de lage SES klassen hebben daarentegen wel vaker een positieve houding als het gaat om stoppen met roken. Alleen het omzetten van roken in stoppen met roken blijkt vaak onhaalbaar vanwege weinig vertrouwen in een succesvolle stoppoging.

14

Wat kunnen en moeten lage sociaal-economische groepen, waaronder allochtonen vrouwen, chronisch zieken en kinderen met overgewicht, zelf doen om gezondheidsachterstanden te verkleinen?

Gedragsverandering naar een gezonde leefstijl kan een belangrijke bijdrage leveren aan een betere gezondheid. Onderzoek maakt duidelijk dat gedragsfactoren tussen de 15% en 40% van de gezondheidsverschillen in sterfte tussen de groepen met een hoog en laag opleidingsniveau verklaren. Om gezondheidsachterstanden in te halen is het aannemen van een gezondere leefstijl dus belangrijk. Het gaat dan onder meer om niet roken, meer bewegen en gezondere voeding, gedrag dat de burger zelf kan uitvoeren. De overheid spant zich in voor het creëren van gunstige randvoorwaarden waardoor de keuze voor gezond gedrag gemakkelijker wordt. Op het gebied van overgewicht gaat het om een combinatie van gezonder eten en meer bewegen. Van allochtone vrouwen is bekend dat zij over het algemeen wel gezond eten, maar weinig bewegen. Bevorderen van bewegen is voor deze groep van groot belang. ZonMw financiert een onderzoek naar de best mogelijke interventies hiervoor, uitgevoerd door de GG&GD Amsterdam.

Uiteraard heeft de aanwezigheid van een chronische aandoening zijn weerslag op de mate waarin iemand bijvoorbeeld kan gaan sporten of bewegen. Bij de beoordeling of iemand zijn levensstijl zou moeten veranderen, dienen de beperkingen dan ook in ogenschouw te worden genomen.

Specifiek voor kinderen met overgewicht gaat het kabinet met gemeenten afspreken hoe kinderen vanuit de jeugdgezondheidszorg tijdig advies kunnen krijgen over overgewicht of hiervoor behandeld kunnen worden.

15

Het kabinet constateert in de nota Langer Gezond Leven dat sociaal-economische gezondheidsverschillen niet verminderen en op punten zelfs toenemen en kondigt aan dat men het RIVM weer wil laten onderzoeken waarom dit zo is. Hoe verhoudt zich deze opmerking tot de beleidsintensivering die wordt aangekondigd in reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer?

Op blz. 48 wordt aangegeven dat het RIVM gegevens zal verzamelen en analyseren over de ontwikkelingen in gezondheidsverschillen in de zogenaamde monitor sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat in het kader van deze monitor nader onderzoek wordt gedaan naar de oorzaken van die verschillen. De oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn goed beschreven door de commissie Albeda. De monitor segv sluit aan bij de conclusies van de commissie Albeda en beoogt trends in kaart te brengen

¹ Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bilthoven: RIVM, 2002.

in de omvang en determinanten van de gezondheidsverschillen. De monitor maakt gebruik van bestaande databronnen met een landelijke dekking en zal elke 4 jaar informatie opleveren: de eerste keer in 2005. In de nota wordt gekozen voor een intensivering van het beleid gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden. Dit komt om te beginnen tot uitdrukking bij de beschrijving van de doelstellingen en van de doelgroepen. Vervolgens is gesteld dat in de uitwerking van de 3 speerpunten (roken, overgewicht en diabetes) acties worden omschreven en uitgevoerd gericht op de belangrijkste doelgroepen, waaronder mensen met een lage opleiding.

16

Kan de regering aangeven welke concrete maatregelen genomen zullen worden om het beleid ter terugdringing van sociaal-economische gezondheidsverschillen «VBTB-proof» te maken?

Voor het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden wordt de doelstelling gehandhaafd zoals geformuleerd in het kabinetsstandpunt SEGV (zie noot 1 op blz. 10). Deze doelstelling luidt als volgt: het verlengen van de gezonde levensverwachting van de lage sociaal-economische statusgroepen in 2020 met tenminste 25% van het huidige verschil, i.c. derhalve drie jaren. Concreet betekent dit een verlenging van ongeveer 53 gezonde levensjaren nu naar 56 in 2020.

Om deze doelstelling te realiseren worden de volgende maatregelen genomen:

- Mensen met een laag opleidingsniveau zijn een van de prioritaire doelgroepen voor het preventieve gezondheidsbeleid. Bij de uitwerking van de 3 speerpunten zal nadrukkelijk aandacht zijn voor deze doelgroep.
- Er worden twee gerichte trajecten ingezet om gezondheidsachterstanden terug te dringen op lokaal niveau, namelijk het inbedden van gezondheid in het beleidskader van de sociale peiler van het GSB; en het ontwikkelen van een programma voor een sociale impuls voor (56) achterstandswijken.

17

Kan de regering aangeven welke vormen van integratie van SEGV-beleid zij actief nastreeft en welke middelen hiervoor zijn gereserveerd?

Het SEGV-beleid is geïntegreerd in het algemene preventieve gezondheidsbeleid. In de nota is het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden bij mensen met een lage opleiding en laag inkomen (de zogenaamde lage ses-groepen) een van de twee hoofddoelstellingen. Dit komt om te beginnen tot uitdrukking bij de beschrijving van de doelstellingen en van de doelgroepen. Vervolgens is gesteld dat in de uitwerking van de 3 speerpunten (roken, overgewicht en diabetes) acties worden omschreven en uitgevoerd gericht op de belangrijkste doelgroepen. De op blz. 54 beschreven investeringen bij de begrotingsgefinancierde preventie zullen dus voor een belangrijk deel worden besteed aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. De middelen van beleidskader Sociale pijler GSB zijn specifiek bedoeld voor terugdringen gezondheidsachterstanden (van 2005–2009 per jaar 5 miljoen euro). Daarnaast wordt ook van de door VWS gesubsidieerde gezondheidsbevorderende instellingen nadrukkelijk gevraagd activiteiten gericht op deze doelgroep uit te voeren.