

# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Adviesopdracht</b>	<b>9</b>
1.1	Aanleiding tot dit advies	9
1.2	Beleidskader	11
1.3	Doel en functie van het advies	12
1.4	Beleidsvragen	12
1.5	Werkwijze	13
<b>2</b>	<b>Gezondheidsfacetbeleid</b>	<b>14</b>
2.1	Facetbeleid	14
2.2	Doelen en urgentie	17
2.3	Kansen en belemmeringen	20
<b>3</b>	<b>Probleemanalyse</b>	<b>22</b>
3.1	Bestuurlijke problemen	22
3.2	Inhoudelijke problemen	27
3.3	Conclusie	30
<b>4</b>	<b>Effectiever facetbeleid</b>	<b>31</b>
4.1	Bestuurlijke verbeteringen	31
4.2	Inhoudelijke verbeteringen	36
<b>5</b>	<b>Advies</b>	<b>38</b>
5.1	Visie op facetbeleid	38
5.2	Aanbevelingen	39
5.3	Implementatie	46
	<b>Bijlagen</b>	
1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde werkprogramma RVZ 1999	51
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	59
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	61
4	Gezond en Wel	67
5	Lijst van afkortingen	81
6	Literatuur	83
7	Overzicht publicaties RVZ	95



## Samenvatting

De gezondheid van de bevolking is niet alleen het resultaat van preventie en zorg. Ook van beleid op andere terreinen dan de volksgezondheid gaan bedoeld of onbedoeld gezondheidseffecten uit. Deze kunnen door vroegtijdige afstemming van beleid in gunstige zin beïnvloed worden. Dat is de basis voor het voeren van een eigenstandig gezondheidsfacetbeleid. Dit gezondheidsfacetbeleid heeft ten doel de gezondheidstoestand van de bevolking op zo hoog mogelijk peil te brengen en te houden door ziekte, handicap en ontijdige sterfte zo veel mogelijk te voorkomen, de bijdrage van de gezondheid aan de kwaliteit van leven te versterken, en onnodige en ongewenste (sociaal-economische) gezondheidsverschillen te verkleinen.

In de afgelopen jaren hebben zich steeds nieuwe risico's voor de volksgezondheid geopenbaard, die een effectief facetbeleid blijvend noodzakelijk maken. Daarnaast is voortdurende waakzaamheid en paraatheid ten opzichte van oude gezondheidsbedreigingen geboden. Sterke publieke druk, effectieve beleidsmaatregelen, macht tot verandering, maar ook de mate waarin de sector volksgezondheid aan anderen iets te bieden heeft zijn van groot belang om succesvol gezondheidsfacetbeleid te realiseren. Voor gezondheidsfacetbeleid liggen er win-win-situaties rond het terugdringen van werkloosheid en arbeidsmarktkrapte, het verminderen van het beroep op sociale zekerheid, de armoedebestrijding, de verkleining van uitval in het onderwijs en de criminaliteitspreventie. Sommige beleidssectoren sorteren een verhogend effect op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, en wentelen daarmee een deel van de effecten van hun beleid op de gezondheidszorg af. Gezondheidsfacetbeleid moet ook gericht zijn op het terugdringen van deze afwenteling door bijvoorbeeld minder ongevallen, arbeidsongeschiktheid, milieuverontreiniging en sportblessures.

Voor effectief facetbeleid is een voldoende wettelijke basis nodig. In Europa lijken thans wel de wettelijke, constitutionele en technische mogelijkheden aanwezig te zijn om gezondheidseffecten in al het beleid vast te stellen. Op nationaal niveau is het volksgezondheidsbelang echter nog niet structureel onderdeel van de politieke agenda. De mogelijkheden om beleid van andere departementen te

beïnvloeden

zijn in principe aanwezig, bijvoorbeeld in de ambtelijke voorportalen van de ministerraad en de ministerraad zelf, zij het in beperkte mate.

In de afgelopen 15 jaar heeft het niet zozeer ontbroken aan goede argumenten voor de keuze voor bepaalde prioriteiten in het facetbeleid, maar wel aan de concrete uitwerking van beleidsdoelen, meerjarige beleidsstrategieën, het afsluiten en evalueren van 'oude' prioriteiten, en het vasthouden van een rode draad bij het facetbeleid. Een wisselende prioriteitsstelling bemoeilijkt het realiseren van facetbeleid. Een omvattend overzicht van alle prioriteiten die voor facetbeleid gesteld kunnen worden is momenteel in Nederland en ook internationaal (nog) niet voorhanden en zal ontwikkeld moeten worden.

Facetbeleid verloopt soms goed maar soms ook moeizaam. Niet altijd is er op andere beleidsterreinen voldoende spontane aandacht voor gezondheidsaspecten aanwezig. In de tijd gezien verdwijnt het gezondheidsfacetbeleid vaak als aandachtsgebied weer naar de achtergrond als andere onderwerpen een grotere politieke belangstelling krijgen, zelfs binnen het eigen ministerie. Zo heeft de discussie over de stelselwijziging lange tijd ook de eigen agenda van VWS bepaald. Momenteel is er echter weer hernieuwde aandacht voor facetbeleid.

Ondanks de verbetering van de formele positie van het ministerie van VWS in de laatste decennia blijft bij direct betrokkenen de indruk bestaan dat volksgezondheid nog steeds een ondergeschikte positie in de departementale hiërarchie en daarmee in de politieke besluitvorming inneemt. Er is nog steeds een discrepantie tussen de verantwoordelijkheid en de feitelijke bevoegdheden op dit terrein. Effecten van facetbeleid openbaren zich pas na vele jaren. Dat maakt het moeilijk haalbare beleidsdoelen voor de korte termijn te formuleren.

Op gemeentelijk niveau zijn nog lang niet alle mogelijkheden voor facetbeleid uitgeprobeerd en benut. Er is een sterke verkaveling van beleidsdossiers en veel is afhankelijk van incidentele initiatieven. De gemeentelijke taak op het gebied van het facetbeleid is nog niet goed uitgekristalliseerd, maar lijkt zich in gunstige zin te ontwikkelen.

De causaliteit van gezondheidseffecten van facetbeleid is vaak niet aantoonbaar en effectief facetbeleid leidt niet altijd tot verhoopte kostenbesparingen. Daardoor is de inhoudelijke selectie van prioriteiten vaak lastig.

Nederland zal goed gebruik moeten maken van de nieuwe mogelijkheden die Europa voor gezondheidsfacetbeleid biedt. Het ministerie van VWS moet investeren in samenwerking rond facetbeleid en daarbij vooral een stimulerende rol spelen. Op gemeentelijk vlak moeten meer incentives komen voor lokaal facetbeleid.

Gezondheidseffectscreeningen (GES) moeten niet verplicht worden, maar er moeten wel afspraken komen over de opdracht, de uitvoering, de beleidsmatige afhandeling en de financiering van de GES. Onderzoek rond facetbeleid naar determinanten en (kosten)effectiviteit dient verder te worden versterkt, mede ten behoeve van een betere inhoudelijke selectie van prioriteiten.

Voor het volksgezondheidsbeleid in de komende jaren binnen de Europese gemeenschap, vanwege de maatschappelijke en economische urgentie van een duurzaam beleid ten aanzien van de beroepsbevolking, en vanwege de steeds sterkere overheidsverantwoordelijkheid en -aansprakelijkheid voor te vermijden gezondheidsschade, dient de landelijke overheid op afzienbare termijn een interdepartementale, kabinetsbrede nota Gezondheid te concipiëren.

Om het gezondheidsfacetbeleid te versterken dient de interne organisatie van het ministerie van VWS zodanig te worden ingericht, dat de afstemming en communicatie binnen VWS, tussen VWS en andere departementen en van VWS met gemeenten wordt verbeterd door het meer inzetten van specifiek personeel hiervoor, en door het op departementaal niveau realiseren van voorzieningen, gericht op het strategisch en logistiek management van de facetbeleidsprocessen en het monitoren van initiatieven buiten het ministerie van VWS.

Volksgezondheid dient structureel een punt op de agenda van gemeenteraden te zijn op basis van een lokaal gezondheidsbeleidsplan en van een gerichte, continue informatiestroom van de gemeentelijke dienst

volksgezondheid of de GGD naar de gemeenteraad op uiteenlopende terreinen, zoals over de gezondheid in achterstandswijken, lokale sociaal economische gezondheidsverschillen, het gezondheidsgedrag van de bevolking en gezondheidsbedreigingen in het binnen- en buitenmilieu. Ook relevante maatschappelijke organisaties moeten worden betrokken bij de ontwikkeling van gezondheidsfacetbeleid

De gezondheidseffectscreening (GES) moet niet alleen door het ministerie van VWS c.q. de wethouder van Volksgezondheid maar ook door andere ministeries en gemeentelijke diensten, en door de Tweede Kamer en de gemeenteraad kunnen worden geïnitieerd.

Er zal blijvend geïnvesteerd moeten worden in wetenschappelijk onderzoek naar de causaliteit van gezondheidsdeterminanten en de plausibiliteit van gezondheidseffecten van beleidsmaatregelen. Op afzienbare termijn dient mede op basis van het wetenschappelijk onderzoek een min of meer afgeronde selectie te komen van beleidssectoren en beleidsdossiers, die voor gezondheidsfacetbeleid in aanmerking komen. Dit kan uitgangspunt vormen voor de aanbevolen interdepartementale nota Gezondheid als basis voor het gezondheidsfacetbeleid voor de komende jaren.

# 1 Adviesopdracht

## 1.1 Aanleiding tot dit advies

Het bewaken en bevorderen van de volksgezondheid is op landelijk niveau in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Maar ook vanuit andere beleidssectoren gaat, bedoeld of onbedoeld, vaak een effect uit op de volksgezondheid in positieve of negatieve zin. Dat geldt ook op gemeentelijk niveau, waar de portefeuillehouder primair verantwoordelijk is voor lokaal gezondheidsbeleid, maar vele andere beleidsdossiers gezondheidsaspecten bevatten. Deze bestaande bestuurlijke verhoudingen kunnen leiden tot een zekere verkaveling in de beleidsvorming en tot onevenwichtige prioriteitsstelling, met als resultaat negatieve effecten voor de volksgezondheid of gemiste kansen om gezondheid te bevorderen. Dat geldt niet exclusief voor het beleidsterrein volksgezondheid, maar ook voor andere belangrijke maatschappelijke prioriteiten, zoals milieu, welzijn, onderwijs, opvoeding en maatschappelijke participatie en integratie.

Negatieve effecten en gemiste kansen voor de volksgezondheid door verkaveling van beleid

Op Europees niveau was er tot voor kort geen afzonderlijk directoraat voor volksgezondheid. Volksgezondheidsbeleid kwam op dat niveau dus per definitie vanuit andere sectoren tot stand. Inmiddels is hierin verandering gekomen, door de instelling in september 1999 van een nieuw directoraat-generaal Gezondheid en consumentenbescherming. Daarmee is echter aan de sterke verkaveling van het volksgezondheidsaspect geen einde gekomen. In het recent uitgebrachte advies van de RVZ over Europa en de gezondheidszorg wordt in bijlage 6 een overzicht gegeven van de belangrijkste verantwoordelijkheden van de directoraten-generaal van de EC op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg.

Situatie op Europees niveau

De afstemming tussen het volksgezondheidsbeleid en ander beleid met (neven)effecten op de gezondheid verloopt niet altijd naar wens. Dit gebrek aan afstemming tussen beleidssectoren op het aspect van volksgezondheid is voor het ministerie van VWS aanleiding geweest om de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) op dit terrein advies te vragen.

Gebrek aan afstemming

Wanneer het gaat om de afstemming van het beleid tussen verschillende beleidssectoren en beleidsdossiers spreekt men van intersectoraal beleid. De meest bekende vorm, waarin dit intersectoraal beleid op landelijk niveau gestalte krijgt is de interdepartementale beleidsvorming. Voorbeelden daarvan zijn het Grote Steden- en het Integratiebeleid. Wanneer het gaat om het beleid, dat de eerstverantwoordelijke voor volksgezondheid uitoefent op de beleidsvorming op andere terreinen spreekt men sinds een vijftiental jaren van *facetbeleid*. Dat is dus als een speciale vorm van intersectoraal beleid op te vatten met als kenmerk, dat het initiatief bij de eerstverantwoordelijke ligt, dan wel het beleid gezien wordt vanuit het standpunt van de eerstverantwoordelijke. Dit onderscheid is pas de laatste tien jaar in de beleidstaal uitgekristalliseerd. In de Nota 2000 (1986), waarin de term facetbeleid voor het eerst officieel wordt geïntroduceerd, worden de termen intersectoraal beleid en facetbeleid (nog) synoniem gebruikt. In internationaal verband wordt een dergelijk onderscheid niet gemaakt en spreekt men over *intersectoral action* of van *healthy public policies*. In dit advies zullen de termen intersectoraal beleid en facetbeleid dan ook door elkaar gebruikt worden, waarbij de specifieke betekenis uit de context blijkt.

De regering van Groot-Brittannië is een campagne gestart om de bevolking erop te wijzen dat het frituren van lekkernijen in dronken toestand een gevaarlijke aangelegenheid is. "Branden door frituurpannen zijn de belangrijkste oorzaak van gewonden bij huisbranden", aldus de minister van Binnenlandse zaken Jack Straw. Hij zei aan het begin van de 5 miljoen kostende campagne het een flinke schok te hebben gevonden toen zijn eigen frituurpan vijftien jaar geleden vlam vatte. Hij haastte zich erbij te zeggen dat hij destijds broodnuchter aan het kokkerellen was. In Groot-Brittannië raken ieder jaar 4600 mensen gewond bij frituren. 30 procent van de ongelukken met frituurpannen komt voor tussen 10 uur 's avonds en 4 uur 's nachts. In de campagne wordt de Britten aanbevolen 'voortaan maar een boterham te nemen'. (Algemeen

Dit is een goed voorbeeld van intersectoraal beleid. Het beleid heeft als doel het aantal huisbranden te verminderen, met als neveneffect het verminderen van het aantal gewonden



dat jaarlijks ontstaat als gevolg van frituren. De verantwoordelijkheid voor het beleid en de financiering ervan ligt echter niet bij het Britse ministerie van Volksgezondheid, maar bij Binnenlandse zaken. In die zin is zou dit geen facetbeleid in strikte zin genoemd kunnen worden. Dat zou wel het geval zijn, wanneer het initiatief bij Volksgezondheid had gelegen.

## 1.2 Beleidskader

Voor een analyse van het beleidskader van het advies is een aantal beleidsnota's van de overheid van belang. Het gezondheidsfacetbeleid is voor het eerst geïntroduceerd in de Nota 2000 (1986). Daarna komt het aan de orde in het ontwerp-Kerndocument gezondheidsbeleid (1987), de nota Werken aan Zorgvernieuwing (1990), de nota Preventiebeleid voor volksgezondheid (1992) en de nota Gezond en Wel (1995). In de publicatie *Gezond zonder zorg: achtergrondstudies* zijn deze nota's beschreven en is de ontwikkeling van het facetbeleid geanalyseerd.

15 jaar facetbeleid

Het ministerie van VWS is nu bezig met een heroriëntatie op het gezondheidsbeleid en het facetbeleid. Dit heeft onder meer geresulteerd in de instelling van het Platform openbare gezondheidszorg, dat onlangs zijn rapportage het licht heeft doen zien (Platform ogz 2000). Intern heeft het ministerie van VWS een strategische notitie ter versterking van het Public Health-beleid ontwikkeld, waarin ook intersectoraal beleid een belangrijke plaats heeft, met als speerpunten:

- Steviger inbedding van volksgezondheidsbelangen in beleidsafwegingen van derden;
- Investeren in armoedebeleid;
- Garanderen van de kwaliteit en toegankelijkheid van primaire facetvoorzieningen.

Heroriëntatie op facetbeleid

Tevens is recent aan de Tweede Kamer een overzicht toegestuurd van uitgevoerde gezondheidseffectrapportages en wat daarmee is gedaan (Brief minister VWS d.d. 31-3-2000). Deze lange en korte termijnontwikkelingen vormen het beleidskader voor dit advies.

### 1.3 Doel en functie van het advies

De Raad wil met zijn advies een bijdrage leveren aan de vergroting van de effectiviteit van het intersectoraal beleid op het gebied van de volksgezondheid. Doel van het advies is het overheidsbeleid met effecten op de volksgezondheid in gunstige zin te beïnvloeden, zowel binnen het landelijke als het lokale bestuur. Het advies en het daaropvolgend regeringsstandpunt zullen het onderwerp hoger op de politieke en maatschappelijke agenda plaatsen.

Vergroting van effectiviteit

Het advies bevat aanbevelingen over de wijze waarop een betere prioriteitstelling kan plaatsvinden op relevante beleidsterreinen. Verder worden instrumenten en maatregelen voorgesteld om de aandacht voor facetbeleid te vergroten in de huidige en eventueel daaropvolgende regeerperiode. De resultaten hiervan zullen overigens vaak pas op langere termijn zichtbaar worden.

Betere prioriteitstelling

Zoals in het werkprogramma 1999 is aangegeven, wil de Raad:

- een instrumentarium voor effectief facetbeleid binnen het kabinet en binnen het college van B&W aanreiken;
- eenheid van waarneming en taal tussen beleidssectoren bevorderen en de daarbij behorende interdepartementale consensusvorming stimuleren;
- bijdragen aan een beter evenwicht in de politieke besluitvorming tussen (sociaal-)economische c.q. infrastructurele en volksgezondheidsmotieven.

### 1.4 Beleidsvragen

Dit advies vindt zijn oorsprong in het werkprogramma 1999 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). De betreffende tekst uit het werkprogramma van de RVZ is weergegeven in bijlage 1.

De RVZ beantwoordt in dit advies de volgende beleidsvragen:

- Wat wordt onder gezondheidsfacetbeleid verstaan, wat zijn de doelen voor en de urgentie van dit facetbeleid en wat zijn kansen en belemmeringen (hoofdstuk 2)?
- Wat zijn de oorzaken van knelpunten bij dit facetbeleid en in hoeverre belemmeren deze een verbetering van de

- gezondheid (hoofdstuk 3)?
- Welke maatregelen zijn mogelijk om facetbeleid te verbeteren, hoe worden deze beoordeeld, en welke maatregelen adviseert de RVZ (hoofdstuk 4 en 5)?

De Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling geeft in bijlage 4 zijn visie op het adviesthema.

### **1.5 Werkwijze**

Het advies is voorbereid onder leiding van de raadsleden mevrouw prof. dr. B. Meyboom-de Jong en prof. dr. T.E.D. van der Grinten.

De adviesvoorbereiding bestond uit drie fasen.

1. Er zijn enkele achtergrondstudies verricht. In deze fase hebben interviews plaatsgevonden met deskundigen in het veld. De studies worden in twee aparte publicaties gelijktijdig met het advies gepubliceerd. De achtergrondstudie Gezondheid in al haar facetten is door TNO-PG in opdracht van de RVZ uitgevoerd. In *Gezond zonder zorg: achtergrondstudies zijn de volgende studies opgenomen: beleidsanalyse facetbeleid, facetbeleid bij gemeenten: niemand is tegen gezondheid en internationale ontwikkelingen: Health Impact Assessment.* Deze laatste bijdrage is geschreven door de NSPH..
2. Er is een drietal bijeenkomsten met een klankbordgroep belegd. Om de gevoeligheid voor intersectoraal beleid binnen VWS en bij andere departementen te onderzoeken en te bevorderen, is een tweetal bestuurlijke debatten georganiseerd.
3. Op basis van de verzamelde informatie is het advies geschreven.

Achtergrondstudies

Bij de totstandkoming van het advies is samengewerkt met de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). Deze samenwerking heeft geleid tot een bijlage van de RMO bij dit advies (bijlage 4). Voor de inhoud van deze bijlage is de RMO verantwoordelijk. Een RMO-raadslid maakte deel uit van de klankbordgroep. Het advies zelf valt geheel onder de verantwoordelijkheid van de RVZ.

Samenwerking met de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling

## 2 Gezondheidsfacetbeleid

### 2.1 Facetbeleid

Facetbeleid kan als volgt worden omschreven:

Omschrijving facetbeleid

1. Facetbeleid richt zich op het beïnvloeden van beleid in andere sectoren en daarmee op sectoroverschrijdende elementen in de beleidsvorming.
2. Facetbeleid kan zich op allerlei aspecten richten. Naast gezondheidsfacetbeleid kunnen milieufacetbeleid, welzijnsfacetbeleid of onderwijsfacetbeleid onderscheiden worden. In dit advies wordt met facetbeleid exclusief gezondheidsfacetbeleid bedoeld, maar kortheidshalve wordt steeds van facetbeleid gesproken.
3. Alhoewel de term facetbeleid betrekkelijk jong is, zijn de activiteiten die nu als zodanig worden aangeduid niet nieuw. Reeds in de 19<sup>de</sup> eeuw zijn dergelijke activiteiten, zoals rond drinkwater, riolering, arbeidsomstandigheden en wonen duidelijk traceerbaar (zie ook Gezond zonder zorg: achtergrondstudies).
4. Facetbeleid is populatiegericht, met het hoofdaccent op bescherming en bevordering van de volksgezondheid en slechts indirect op het verbeteren van zorgverlening.
5. Facetbeleid vindt zowel op (inter)nationaal niveau als op lokaal of wijkniveau plaats. Ook is facetbeleid mogelijk in interactie tussen verschillende bestuurslagen.
6. Facetbeleid is onderdeel van het gezondheidsbeleid. Bij gezondheidsbeleid in algemene zin ontwikkelt VWS het beleid en voert het grotendeels zelf uit, bij facetbeleid echter ontwikkelt een ander departement het beleid en voert dat ook uit, soms samen of afgestemd met VWS, en soms ook op verzoek of initiatief van VWS. Dat geldt mutatis mutandis ook op het lokale vlak.
7. De minister van VWS, en op lokaal niveau de portefeuillehouder voor Volksgezondheid, zijn er voor verantwoordelijk, dat het aspect gezondheid meeweegt in beleid van andere ministeries of beleidsdossiers.

8. Facetbeleid kan onderscheiden worden in *stimulerend* facetbeleid, waarbij men meer aandacht vraagt bij beleidsontwikkeling door derden voor zaken die de volksgezondheid kunnen bevorderen, en *reactief of repressief* (RIVM 1999) facetbeleid: men vraagt bij beleidsontwikkeling van anderen aandacht voor zaken die de volksgezondheid bedreigen.
9. Facetbeleid richt zich op erkende determinanten van gezondheid, waarbij sociaal-economische en leefstijlfactoren de belangrijkste zijn.
10. Volksgezondheidseffecten van beleid op het terrein van Welzijn en Sport kunnen ook onderwerp van facetbeleid zijn, waarvoor intradepartementaal beleid aangewezen kan zijn, maar dat wordt in dit advies niet verder uitgewerkt.

### **Instrumenten**

Bij de uitvoering van facetbeleid kunnen de volgende algemene instrumenten worden ingezet:

- *communicatieve instrumenten* zoals voorlichting en propaganda,
- *economische instrumenten* zoals subsidies en heffingen
- *juridische instrumenten* zoals overeenkomsten, convenanten en wetgeving (Van der Lucht en Jansen, 1999).

Het zijn instrumenten die zowel op landelijk als op gemeentelijk niveau kunnen worden toegepast.

Door het ministerie van VROM wordt in het kader van het milieufacetbeleid een tweetal specifieke instrumenten gebruikt: de Milieueffectrapportage (MER) en de milieutoets. Naar analogie van de MER zijn de gezondheidseffectscreening en de gezondheidseffectrapportage (GES en GER) als specifiek instrumentarium voor het gezondheidsfacetbeleid ontwikkeld.

De GES signaleert en analyseert gezondheidseffecten van beleid en is daarmee een belangrijk hulpmiddel bij het initiëren van facetbeleid. Een GES kan worden uitgevoerd op zowel beleid van de rijksoverheid als op gemeentelijk beleid. Het accent ligt echter nu nog op het beleid van de rijksoverheid. De GER meet, na signalering van gezondheidseffecten, deze effecten door naar richting en

Instrumenten voor  
facetbeleid

Gezondheidseffect-  
screening en –rapportage:  
GES en GER

omvang. Internationaal gezien is Nederland, samen met Finland, Groot-Brittannië, Canada en Nieuw Zeeland, voorloper op het gebied van het landelijk toepassen van GES en GER. Door GGD Nederland (voorheen de LVGGD) is een project gestart om een lokale effectscreening te ontwikkelen voor milieu en gezondheid. Een belangrijke voorwaarde voor een lokale GES is dat het instrument gebruikt kan worden door de GGD in samenwerking met andere gemeentelijke diensten. Landen waar de lokale GES reeds is ontwikkeld en geïmplementeerd, zoals Engeland en Zweden, kunnen als voorbeeld dienen.

De ontwikkeling van GES is in belangrijke mate geïnitieerd door het ministerie van VWS en op verzoek van VWS voert de Netherlands School of Public Health (NSPH) gezondheidseffectscreeningen uit. De screeningsrapporten geven inzicht in de verschillende aspecten van het onderzochte beleidsterrein. Momenteel is alleen VWS nog opdrachtgever voor het uitvoeren van een GES op het overheidsbeleid en tevens enige financier. Sinds 1995 zijn GES-en uitgevoerd ten aanzien van de ecotax, de hogesnelheidslijn, de drank- en horecawet, de pakketverkleining tandheelkunde, de Rijksbegroting 1997, het tabaksontmoedigingsbeleid, de verkiezingsprogramma's 1998, de woonverkenningen 2030, de Interdepartementale economische structuurversterking (ICES-operatie), het regeerakkoord 1998 en de Rijksbegroting 1999.

De GES en GER verschillen op een aantal aspecten van de MER. Ten eerste kent de MER een dwingend wettelijk kader. Er is een heldere omschrijving van beleidsinitiatieven, waarop verplicht een MER moeten worden uitgevoerd. De GES kent een dergelijke verplichting niet. Ten tweede ligt bij de MER het accent op kwantitatieve uitkomsten en alternatieven en veel minder op politiek-bestuurlijke elementen, die bij de GES wel in ruime mate aandacht krijgen. Bij de GER is dat overigens wel het geval. Ten derde kunnen er behalve het ministerie van VROM ook andere opdrachtgevers zijn voor de MER. De relatie tussen beide instrumenten ligt in de aanwezigheid van een obligate gezondheidsparagraaf in de MER. Door de GES als uitgebreide gezondheidsparagraaf in de MER op te nemen kunnen beide instrumenten elkaar versterken. Maar omdat de relatie van milieueffecten met gezondheidseffecten lang niet altijd aanwezig zal zijn en soms zelfs milieubelangen tegenstrijdig kunnen zijn aan

Relatie met de milieueffectrapportage (MER)

gezondheidsbelangen (legionella), ligt samenvoeging van de GES met de MER niet voor de hand.

## 2.2 Doelen en urgentie

### Doelen

Net als gerichte ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming heeft facetbeleid ten doel de gezondheidstoestand van de bevolking op zo hoog mogelijk peil te brengen en te houden door ziekte, handicap en ontijdige sterfte zo veel mogelijk te voorkomen, de bijdrage van de gezondheid aan de kwaliteit van leven te versterken, en door onnodige en ongewenste (sociaal-economische) gezondheidsverschillen te verminderen (TK 24 126, nr.1).

Doel van de overheid met facetbeleid

Veel van de doelen, die met facetbeleid kunnen worden nagestreefd zijn in het verre en nabije verleden al gerealiseerd. Nederland beschikt grotendeels over een gezonde maatschappelijke infrastructuur, die overigens wel omvangrijk onderhoud vraagt, ook beleidsmatig. Toch valt er naar de mening van de Raad nog veel te winnen met facetbeleid door:

- het transparant maken van de gezondheidsfacetten op andere beleidsterreinen, ook voor de andere geledingen binnen het ministerie van VWS zelf;
- volksgezondheid permanent te agenderen op de lokale en de (inter)nationale maatschappelijke en politieke agenda;
- gezondheidsbeleid tot standaardonderdeel van het algemene kabinets- en collegebeleid te maken;
- betrokkenheid van maatschappelijke organisaties bij het gezondheidsbeleid te vergroten.

### Urgentie

Met facetbeleid is in het verleden, zij het onder andere namen zoals sociale hygiëne, ten aanzien van de volksgezondheid zeer veel bereikt. Het huidige hoge gezondheidsniveau is daar grotendeels aan te danken. Het handhaven van dit hoge niveau vraagt een continue onderhoudsinspanning vanuit de maatschappelijke infrastructuur, die echter af en toe moet worden aangepast aan gewijzigde omstandigheden. Lange tijd heeft de indruk bestaan, dat de beheersing van gezondheidsbedreigingen een nagenoeg afgesloten hoofdstuk van de geschiedenis was, maar recente incidenten hebben geleerd dat dat absoluut niet het geval is. Voortdurende waakzaamheid en paraatheid, ook ten opzichte van oude gezondheidsbedreigingen blijft de boodschap.

Facetbeleid nodig om hoog gezondheidspeil te handhaven

Daarnaast hebben zich in de afgelopen jaren nieuwe risico's voor de volksgezondheid geopenbaard, die een effectief nieuw facetbeleid noodzakelijk maken. Door technologische innovaties zijn bijvoorbeeld de mogelijkheden om voedsel te manipuleren vergroot. Wat de effecten daarvan kunnen zijn op de gezondheid is tot op heden niet duidelijk. Nieuwe infectieziekten vormen onverwacht een bedreiging en andere tot nu toe onbekende aandoeningen blijken ineens op grote schaal op te kunnen treden. Oorzaken voor deze oude en nieuwe risico's voor de volksgezondheid kunnen gevonden worden in:

- de veroudering van de bevolking;
- de toenemende migratie en mobiliteit;
- de omgang met en de aanpassing aan nieuwe technologie;
- de verhoging van de arbeidsproductiviteit;
- de toename van informatiebronnen;
- de veranderingen in leefstijl;
- de veranderingen in milieu en klimaat;
- de schaalvergroting in de voedselproductie;
- de ontwikkeling van resistentie tegen antibiotica en bestrijdingsmiddelen.

Facetbeleid wapen tegen nieuwe gezondheidsbedreigingen

Recente acute bedreigingen voor de volksgezondheid zoals rampen, legionella, importziekten en resistentie illustreren de noodzaak van samenwerking en afstemming bij de ontwikkeling van beleid. Wanneer de bedreigingen grootschalig en grensoverschrijdend zijn, zoals bijvoorbeeld bij de dioxine in kippen en bij de koeien met BSE, is een aanpak op Europees niveau van belang, waarbij alle relevante directoraten-generaal en ministeries worden betrokken. Het Europese volksgezondheidsbeleid is weliswaar nog jong, maar bij dit soort incidenten van evident belang. In het RVZ-advies Europa en de gezondheidszorg (1999) wordt uitgebreid aandacht besteed aan volksgezondheidsbeleid in de vorm van intersectoraal beleid binnen de EG. De actualiteit hiervan is onderstreept in artikel 152 van het verdrag van Amsterdam. Hierin stelt de Europese commissie zich tot taak dat bij de bepaling en de uitvoering van elk beleid en elk optreden van de gemeenschap een hoog niveau van de bescherming van de volksgezondheid wordt verzekerd. De invulling van artikel 152 staat momenteel hoog op de agenda van de EU Volksgezondheidsraad. Zie hiervoor ook de RVZ-

Nieuwe incidenten illustreren noodzaak van facetbeleid

Verdrag van Amsterdam opent nieuwe mogelijkheden voor facetbeleid



achtergrondstudie 'The Role of the European Union in Healthcare', december 1999. In de achtergrondstudie Gezond zonder zorg wordt een korte beschrijving gegeven van de internationale situatie ten aanzien van het facetbeleid, met name rond de toepassing van GES en GER (Health Impact Assessment).

Door het RIVM is onderzoek gedaan naar relevante beleidsterreinen voor facetbeleid (RIVM 1999). Het RIVM heeft aan de hand van een vijftal belangrijke gezondheidsproblemen een aantal ziektes nader geanalyseerd op hun determinanten. Daarbij is nagegaan, welke beleidssectoren naast volksgezondheid deze determinanten beïnvloeden in positieve en in negatieve zin, via een zogenaamde omgekeerde GES. Het RIVM concludeert dat verschillende ministeries een belangrijke bijdrage kunnen leveren door intersectoraal beleid. Aan de hand van de aanpak CARA illustreert het RIVM daarbij op welke wijze prioriteitsstelling voor dit intersectoraal beleid kan plaatsvinden.

Theoretisch met facetbeleid nog veel gezondheidswinst te behalen

Op basis van potentieel te behalen gezondheidswinst komen roken en huisstofmijten (allergenen) in het binnenmilieu naar voren als de belangrijkste determinanten die te beïnvloeden zijn door facetbeleid. Beïnvloeding van de determinant roken kan bijvoorbeeld gebeuren door een prijsverhoging van sigaretten met 10%, wat kan leiden tot een daling van het aantal rokers met 5%. Deze vermindering zorgt ervoor dat het aantal gevallen van CARA met 3,75% afneemt. Hiermee dalen de kosten van de gezondheidszorg op korte termijn met 38,8 miljoen. Op lange termijn zal het echter een kostenverhogend effect hebben. Een ander gunstig effect van een prijsverhoging van 10% is dat minder roken ook een daling veroorzaakt in ischemische hartziekten, maagklachten en baarmoederhalskanker. Daarnaast leidt een prijsverhoging tot gelijke opbrengsten uit accijnzen (bij daling in de tabaksconsumptie) of hogere opbrengsten uit accijnzen (bij gelijkblijvende consumptie). Het volksgezondheidsbelang en economische belangen moeten hierbij tegen elkaar worden afgewogen. Het effect van het terugdringen van de huisstofmijt op het voorkomen van CARA wordt als volgt berekend: een reductie van 31% van de overschrijding van de 10  $\mu$ norm voor huisstofmijt leidt tot een afname van 9% van het jaarlijks aantal nieuwe

Uit het rapport blijkt op welke wijze ook nu nog

gezondheidswinst via facetbeleid kan worden bereikt. De winst die op het vlak van de gezondheid kan worden behaald moet daarbij zowel op de korte, als op de middellange en lange termijn worden beschouwd.

## 2.3 Kansen en belemmeringen

### Kansen

Om te bepalen op welke beleidsterreinen nieuw facetbeleid met succes uitgevoerd kan worden, heeft de RVZ laten onderzoeken welke factoren de kansen op succes bepalen. Die factoren kunnen in een drietal clusters worden onderverdeeld: inhoudelijke, instrumentele en politiek-maatschappelijk factoren (zie achtergrondstudie).

Succes van facetbeleid bepaalt door inhoudelijke, instrumentele en politieke factoren

#### *Inhoudelijke factoren*

- ernst, omvang, hinder, duur en onomkeerbaarheid van het volksgezondheidsprobleem;
- aantoonbaarheid van de causaliteit van de determinanten van het probleem;
- het beroep dat op voorzieningen wordt gedaan.

#### *Instrumentele factoren*

- de plausibiliteit van de effecten van het voorgestelde beleid;
- de kosteneffectiviteit van de voorgestelde maatregelen;
- de ingrijpendheid van de maatregelen.

#### *Politieke en maatschappelijke factoren*

- het 'probleemeigenaarschap' en de macht en het gezag van de eerstverantwoordelijke;
- de mate van publiciteit en de publieke druk;
- de mate waarin volksgezondheid andere sectoren wat te bieden heeft.

Van deze factoren lijken de publieke druk, de (kosten)effectiviteit van de maatregelen en de mate waarin macht en gezag aanwezig zijn om veranderingen te realiseren vooralsnog het meest bepalend. Ook de mate waarin volksgezondheid aan anderen iets te bieden heeft, is van groot belang om succesvol intersectoraal beleid te realiseren. Daarom is het goed na te gaan op welke terreinen mogelijke win-win-situaties zijn te verwachten. Deze liggen bijvoorbeeld op het terrein van:

Zoeken van win-win-situaties essentieel voor succes facetbeleid

- terugdringen van werkloosheid en van krapte op de arbeidsmarkt;
- verminderen van het beroep op sociale zekerheid;

- armoedebestrijding door verkleining sociaal-economische verschillen;
- filebestrijding door vermindering van verkeersongevallen;
- verkleinen van onderwijsuitval;
- criminaliteitspreventie.

Ook kan bekeken worden, welke beleidssectoren onbedoeld een verhogend effect sorteren op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, en daarmee een deel van de effecten van hun beleid op de gezondheidszorg afwentelen. Intersectoraal beleid moet ook gericht zijn op het terugdringen van deze afwenteling door bijvoorbeeld minder ongevallen in de bedrijven, het verkeer en de thuissituatie, minder arbeidsongeschiktheid door betere arbeidsomstandigheden en –voorwaarden, minder milieuverontreiniging en minder sportblessures. In feite gaat het daarbij ook om win-win-situaties, maar dan gericht op het gemeenschappelijk beperken van verlies.

Terugdringen van afwenteling ook incentive voor facetbeleid

### **Belemmeringen**

Naast kansen zijn er ook belemmeringen voor facetbeleid (Putters, 1996):

Rekening houden met belemmeringen

#### *Inhoudelijk*

- de kennisontwikkeling rond determinanten van gezondheid verloopt relatief traag;
- er bestaat geen garantie dat GES-uitkomsten zullen doorwegen in het beleid.

#### *Instrumenteel*

- de uitkomsten van een GES zijn nooit alomvattend en daarmee absoluut betrouwbaar;
- de procedure levert vertraging van het beleidsproces op.

#### *Politiek-bestuurlijk*

- de GES-uitkomsten zijn niet altijd in het belang van de andere beleidssector;
- het constant benadrukken van de gezondheidsbelangen kan averechts werken.

Bij de verdere ontwikkeling van facetbeleid zal ook met deze belemmeringen goed rekening gehouden dienen te worden.

### 3 Probleemanalyse

#### 3.1 Bestuurlijke problemen

De moeizame realisering van intersectoraal beleid is geen exclusief probleem voor het ministerie van VWS of een portefeuillehouder Volksgezondheid. Het is altijd een probleem, zolang het bestuur niet integraal is, maar is opgedeeld in departementen en portefeuilles. Of deze problemen voor de sector volksgezondheid pregnanter zijn dan voor andere sectoren valt niet goed uit te maken, aangezien beleidsanalyses in dit opzicht moeilijk vergelijkbaar zijn. Veel beleidssectoren hanteren bijvoorbeeld de term facetbeleid niet. De problemen bij het realiseren van intersectoraal beleid worden in de sector volksgezondheid wel sterk gevoeld.

Intersectoraal beleid altijd lastig

In 1995 is een eerste evaluatie van het Nederlandse facetbeleid ondernomen (Dekker en van der Grinten, 1995). Daarin worden vijf relevante factoren voor de totstandkoming van facetbeleid onderscheiden:

Eerste evaluatie van facetbeleid

- het politiek/maatschappelijk belang van de gezondheidstoestand;
- de bestuurlijke context waarin gewerkt wordt;
- de bruikbaarheid van de informatie uit het onderzoek naar gezondheidseffecten;
- inzicht in de machtsaspecten van intersectorale netwerken;
- de gehanteerde beleidsstrategieën.

Geconcludeerd wordt, dat er met facetbeleid tot dan toe bescheiden resultaten zijn geboekt en dat dat komt omdat de gezondheidstoestand niet hoog scoort op de politieke agenda, de neo-corporatistische beleidscontext georganiseerde actie bemoeilijkt, en de bestuursinstrumenten voor facetbeleid onvoldoende ontwikkeld zijn.

#### **Internationaal**

In het recent verschenen rapport *Healthy Public Policies In Europe: Integrating Health in other policies* (1999) wordt gesignaleerd, dat er met intersectoraal beleid ook op internationaal niveau nog weinig is bereikt, zelfs in de meest actieve landen in dit opzicht, zoals Canada. Het meeste succes wordt geboekt, wanneer er duidelijk sprake is van win-win-situaties. Voorwaarde is daarbij wel, dat er sprake is van voldoende wettelijke basis voor een dergelijk intersectoraal

Ook internationaal nog in de kinderschoenen

beleid en dat er voldoende bronnen zijn om het beleid te effectueren. Geconcludeerd wordt dat in Europa thans wel de wettelijke, constitutionele en technische mogelijkheden aanwezig zijn om gezondheidseffecten in al het beleid vast te stellen.

### **Rijk**

Het volksgezondheidsbelang is niet structureel onderdeel van de politieke agenda. Bij elk beleid zijn vele, soms tegenstrijdige belangen en prioriteiten in het geding. Soms is er extra druk noodzakelijk om de volksgezondheidsaspecten te laten meewegen. Er kunnen politieke redenen zijn waarom dat niet altijd spontaan gebeurt.

De mogelijkheden om beleid van andere departementen te beïnvloeden zijn in principe aanwezig, bijvoorbeeld in het ambtelijk voorportaal van de ministerraad en in de ministerraad zelf, zij het in beperkte mate. Alle stukken voor de ministerraad worden in principe binnen VWS bestudeerd op gezondheidsrelevante passages en op raakvlakken met andere ministeries. Het kan daarbij gaan om financiële implicaties voor het VWS-beleid of om inhoudelijke implicaties. Soms wordt op ambtelijk niveau onderhandeld en overeenstemming bereikt. De interne organisatie moet de minister op een adequate manier informeren om tot de juiste inbreng in de ministerraad te komen.

Beïnvloedingsmogelijkheden in principe aanwezig

Een ander bestuurlijk probleem is aan welke onderwerpen prioriteit moet worden gegeven bij het inzetten op facetbeleid. Sinds de Nota 2000 variëren deze in de tijd, waarbij enkele permanent op de agenda blijven, zoals het tabaksbeleid en de verkeersveiligheid, maar er ook steeds 'nieuwe' prioriteiten gesteld worden, zoals op het terrein van arbeid en milieu. Op elk van de keuzes valt op zich niets af te dingen. Wanneer de afgelopen 15 jaar in oenschouw wordt genomen, dan ontbreekt het niet zozeer aan argumenten waarmee men de keuze voor bepaalde prioriteiten onderbouwt, maar wel aan:

- de concrete uitwerking van beleidsdoelen;
- het opstellen van meerjarige beleidsstrategieën;
- het afsluiten en evalueren van 'oude' prioriteiten, en
- het vasthouden van een rode draad bij het facetbeleid

Nog geen consistente beleidsstrategie rond facetbeleid

Er zijn veel beleidsterreinen waar mogelijkheden liggen voor facetbeleid. Door TNO zijn in opdracht van de RVZ enkele beleidsterreinen binnen het overheidsbeleid geïnventariseerd,

Meer programmatische aanpak noodzakelijk

waarop een verbetering van de volksgezondheid aannemelijk gemaakt kan worden (zie achtergrondstudie). VWS zou in ieder geval op deze beleidsterreinen duidelijkere prioriteiten kunnen stellen en programmatischer kunnen werken. Een wisselende prioriteitsstelling bemoeilijkt het realiseren van facetbeleid. Een omvattend overzicht van alle prioriteiten die voor facetbeleid gesteld kunnen worden, is momenteel in Nederland en ook internationaal (nog) niet voorhanden. Dit zou in de loop van de komende tijd ontwikkeld moeten worden. Hierop wordt nog teruggekomen in de volgende paragraaf bij de selectie van prioriteiten.

Prioriteitenoverzicht ontbreekt

Een derde probleem is dat op andere beleidsterreinen nog al eens geen of te weinig spontane aandacht is voor de volksgezondheidsaspecten. Uit de praktijk blijkt dat departementen op verschillende manieren omgaan met deze aspecten. Er zijn zowel voorbeelden van geslaagde als van moeizame samenwerking ten aanzien van volksgezondheidsaspecten. Op sommige beleidsterreinen wordt soms nog te weinig of te weinig effectief aandacht aan de invloed op de volksgezondheid gegeven.

Geen spontane aandacht voor volksgezondheid bij andere beleidssectoren

Facetbeleid is in de afgelopen jaren niet altijd even effectief gebleken. Het departement van VWS heeft wel pogingen tot vormgeving van een structureel facetbeleid ondernomen en zelfs in de beginjaren op internationaal vlak een pioniersrol vervuld (Taket, 1988). Maar het gezondheidsfacetbeleid verdween vaak als aandachtsgebied weer naar de achtergrond als andere onderwerpen een grotere politieke belangstelling kregen, zelfs binnen het eigen ministerie. Zo heeft de discussie over de stelselwijziging lange tijd ook de eigen agenda van VWS bepaald. Momenteel is er echter weer hernieuwde aandacht voor facetbeleid.

Facetbeleid moet altijd effectief gevoerd

De positie van VWS binnen het kabinet is sinds 1982 versterkt, toen volksgezondheid een plaats kreeg binnen de economische zeshoek. In het eerste kabinet Kok is er in plaats van een staatssecretaris een minister voor Volksgezondheid gekomen. In het tweede kabinet Kok is de minister van VWS vice-premier geworden. Ondanks de verbetering van de formele positie van het ministerie blijft bij direct betrokkenen de indruk bestaan dat volksgezondheid nog steeds een ondergeschikte positie in de departementale hiërarchie en daarmee in de politieke besluitvorming inneemt. Zo was het ministerie van VWS niet betrokken bij bijvoorbeeld het opstellen van de nota Milieu en Economie

Versterking van volksgezondheid in de politieke besluitvorming noodzakelijk

(1997), waarin het ging om een goed intersectoraal evenwicht te vinden tussen duurzaamheid en economische ontwikkeling.

De omvang van

de begroting en zorgnota van VWS en het aandeel in de werkgelegenheid zouden evenwel een steviger positie rechtvaardigen. De omvang is op de sector sociale zekerheid na het grootste (voor 2000: 74,8 miljard gulden). De gezondheidszorg is daarnaast een belangrijke werkgever. Voor de economische ontwikkeling is de gezondheid van de bevolking van doorslaggevend belang. Groeiend inzicht in deze samenhang doet een gunstiger klimaat ontstaan voor op gezondheid gericht intersectoraal en integraal beleid.

Volksgezondheid ook economisch steeds belangrijker sector

Een ander probleem is dat de beleidsdoelen van facetbeleid op de lange termijn geconcretiseerd kunnen worden, vaak pas na tien tot vijftientig jaar. Al in de Nota 2000 is dit onderkend. Een dergelijk lange termijn perspectief leidt echter niet gemakkelijk tot realistisch geachte beleidsdoelen voor de korte termijn.

Spanning tussen lange en korte termijn

Stimulering van facetbeleid is ook ingewikkeld door de discrepantie tussen de verantwoordelijkheid die bij de minister van VWS ligt voor tal van zaken op het gebied van gezondheidsbescherming en de beperkte mogelijkheden om beleid bij andere ministeries te beïnvloeden.

Discrepantie tussen verantwoordelijkheid en bevoegdheden

### **Gemeente**

Een aantal van de genoemde bestuurlijke problemen speelt niet alleen bij de rijksoverheid, maar ook op het gemeentelijk vlak. Belangrijkste knelpunt op lokaal niveau is echter dat nog lang niet alle mogelijkheden voor facetbeleid worden benut. Er zijn gemeenten waar de relatie tussen gezondheid en andere beleidsterreinen onderwerp is op de agenda van de gemeenteraadsvergaderingen, maar er zijn ook gemeenten waar gezondheidsfacetbeleid nog niet goed ontwikkeld is. In die gemeenten bestaat vaak nog geen lokaal gezondheidsplan.

Ook lokaal nog veel mogelijkheden onbenut

Een ander knelpunt is de sterke verkaveling van beleidsdossiers binnen gemeenten. Gemeentelijke diensten kijken weinig over de grenzen van hun eigen dienst heen. Ook op lokaal niveau is het succes van facetbeleid afhankelijk van de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid van de portefeuillehouder volksgezondheid. Facetbeleid blijkt daarnaast op gemeentelijk niveau nog te veel afhankelijk te zijn van incidentele projectmatige initiatieven. In Gezond zonder zorg: achtergrondstudies wordt dit geïllustreerd.

Doorbreken verkaveling op lokaal vlak te veel afhankelijk van personen en geld

Sommige gemeenten zijn actief op het gebied van facetbeleid, andere minder, en dat is erg afhankelijk van initiatieven van toevallige personen en van financiële mogelijkheden.

De verantwoordelijkheid voor lokaal facetbeleid is verankerd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV).

Deze bevat een taakopdracht in dit opzicht aan gemeentebesturen. De gemeente moet een actieve rol spelen op het vlak van lokaal facetbeleid. Zij moet de gezondheidstoestand van de bevolking in haar gebied positief beïnvloeden en in dat verband ook eigen beslissingen kritisch doorlichten op gezondheidseffecten. Uit ervaringen blijkt dat de gemeente deze regierol niet zonder meer effectief speelt.

In eerdere adviezen van de RVZ en van de Commissie-Lemstra is hierop ingegaan, met als voornaamste conclusies:

- een (inter)gemeentelijk gezondheidsplan is een voorwaarde voor effectief beleid;
- de instructie die de WCPV aan de gemeente geeft, verdient heroverweging.

Recent lijken de ontwikkelingen rond lokaal facetbeleid zich in gunstige zin te ontwikkelen. Gemeenten formuleren actief beleid en voeren dat ook uit. De aandacht voor het zorg- en volksgezondheidsaspect neemt toe. Gemeenten plaatsen deze aandacht steeds in een breder lokaal beleidsperspectief, waarin ook aandacht bestaat voor arbeid, onderwijs, wonen en inkomen. Dat vormt een goede uitgangspositie voor effectief facetbeleid.

### **Maatschappelijke organisaties**

Om de gezondheid te vergroten zijn naast inspanningen van de overheid ook die van partijen in de private sector van belang, zoals bedrijven, ziektekostenverzekeraars en belangenorganisaties. In het verdere vervolg van dit advies worden deze aangeduid als maatschappelijke organisaties. Er is in eerdere adviezen door de Raad geconstateerd dat de mogelijkheden om met en door maatschappelijke organisaties het volksgezondheidsbelang te vergroten vaak onbenut blijven. Op het vlak van de gezondheidsbescherming is dat van des te meer belang, omdat bij een beleid met een terugtrekkende overheid steeds meer processen van bewaking van de kwaliteit van producten en voedingsmiddelen en daarmee van bescherming van de volksgezondheid aan maatschappelijke organisaties wordt overgelaten. Hierbij zijn twee relevante tendensen te onderscheiden. Het bedrijfsleven is meestal zeer gespist op potentiële gezondheidsschade, die door hun producten kan ontstaan, getuige de zeer snelle actie die vaak ondernomen wordt bij geconstateerde

Heroverweging Wet  
collectieve preventie  
volksgezondheid en  
gemeentelijk  
gezondheidsplan

Coalities met  
maatschappelijke  
organisaties ten  
behoefte van facetbeleid



verontreinigingen. Daarnaast zijn bedrijven er in toenemende mate op gespist om mogelijke positieve gezondheidseffecten van hun producten breed uit te meten in de reclame. Beide op zich positieve elementen, die echter wel kunnen doorslaan in overdreven en onbewezen gezondheidsclaims.

Ook voor ziektekostenverzekeraars zou deelname aan facetbeleid interessant kunnen zijn vanwege het mogelijke verminderde beslag op zorg, dat eruit kan voortvloeien. Voor de Nederlandse situatie zijn op dit moment geen initiatieven op dit terrein bekend, waarbij zorgverzekeraars betrokken zijn. Een reductie van uitkeringen in de sfeer van de schade- en levensverzekeringen kan bij geslaagd facetbeleid met gezondheidswinst hand in hand gaan. Ten slotte kunnen ook maatschappelijke belangenorganisaties belang hebben bij gericht facetbeleid. Voorbeelden daarvan zijn onder meer verschillende organisaties die actief zijn op het terrein van het tabaksontmoedigingsbeleid en de veiligheid op verschillende terreinen.

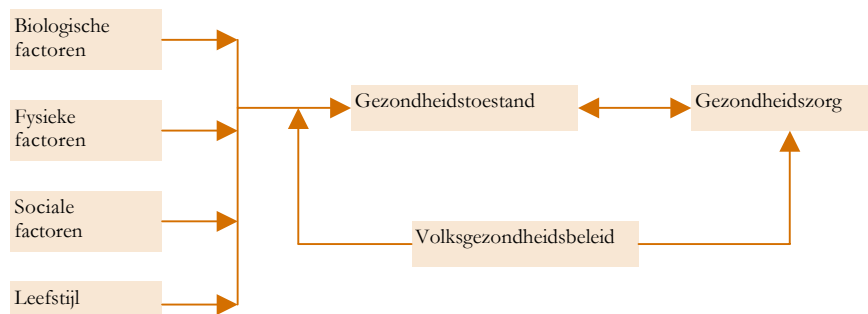
Verzekeraars interesseren voor facetbeleid

### 3.2 Inhoudelijke problemen

#### Causaliteit en plausibiliteit van beleidseffecten

Gezondheidsfacetbeleid staat of valt met de mogelijkheid om de determinanten van gezondheid te beïnvloeden.

**Figuur 3.1** Determinanten van gezondheid



Bron: Schaapsveld, 1990

Grootste probleem hierbij is dat lang niet alle determinanten van gezondheid in kaart gebracht zijn en voor zover ze dat wel zijn zij bijna altijd complexe ketens van causaliteit en

oorzaak-gevolg-relaties vertonen. Ten aanzien van de biologische en de fysieke determinanten valt dat nog relatief mee, maar waar het gaat om de invloed van sociaal-economische en leefstijlfactoren heeft men altijd te maken met uiterst complexe samenhangen, die de formulering van concrete beleidsinitiatieven ernstig bemoeilijken.

Belangrijk inhoudelijk probleem voor facetbeleid is dat de causaliteit tussen het beleid en het effect van dat beleid op de volksgezondheid vaak niet bekend en niet aantoonbaar is. Een reëel geachte kans op verbetering of verslechtering van de volksgezondheid, de plausibiliteit, blijkt vaak al voldoende om bepaald beleid in gang te zetten. Dit bemoeilijkt de mogelijkheden om onderzoek te doen naar de effectiviteit van interventies. Maatregelen worden vaak reeds op grote schaal ingevoerd, voordat onderzoek naar de effectiviteit is afgerond.

Inzicht in causaliteit van determinanten en daarop gericht beleid ontbreekt nog vaak

In Nederland is de Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen-I (SEGV-I) sinds 1987 belast met onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. Bij het verkleinen van SEGV zijn vele, zo niet alle beleidsterreinen betrokken, waarbij de causaliteit en de plausibiliteit van beleidseffecten vaak niet duidelijk is. Vanaf 1995 is de commissie belast met onderzoek naar de effectiviteit van interventies (SEGV-II). Hoewel de gemiddelde levensverwachting toeneemt, zijn de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen de afgelopen jaren nog enigszins toegenomen. Onderzoekers die zich bezighouden met interventies op sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn zeer terughoudend over de mogelijkheden om door middel van facetbeleid die verschillen terug te dringen en stellen dat het vaak niet kosteneffectief is. De verschillen zijn zeker niet terug te dringen zonder facetbeleid, maar dat kan dan beter gericht worden op enkelvoudige relaties, als die al bestaan in dit domein. Eind 2000 zullen de resultaten van deze

Ook het beleid om het gedrag van mensen te veranderen is in zijn transparantie van causale relaties en zijn plausibiliteit van beleidseffecten zeer problematisch. Uit onderzoek blijkt wel, dat de belangrijkste gezondheidswinst te realiseren is door gedragsveranderingen van de burger (minder roken, minder drinken, gezonder eten, meer bewegen en veilig vrijen). Aangezien de haalbaarheid van facetbeleid mede wordt bepaald door de mogelijkheid tot gedrags- en leefstijlverandering, zit daar inhoudelijk het belangrijkste

Gedragsverandering moeizaam

knelpunt. De mogelijkheden om gedrag van mensen duurzaam te veranderen, zijn namelijk beperkt (bijlage 4).

### **Kosteneffectiviteit**

Een ander inhoudelijk probleem is dat soms grote investeringen nodig zijn om een betrekkelijk geringe verbetering van de gezondheid te realiseren. Meestal heeft een investering in verbetering van de volksgezondheid op lange termijn zelfs een kostenverhogend effect, wat overigens geen reden hoeft te zijn om de interventie achterwege te laten. Datzelfde geldt immers ook in hoge mate voor de effecten van de curatieve en preventieve zorg. Bijna alle inspanningen ter verbetering van de volksgezondheid uit het heden en verleden leiden uiteindelijk tot hogere kosten voor gezondheidszorg, zoals bij de huidige vergrijzing duidelijk wordt. Uit onderzoek is gebleken dat door het elimineren van hart- en vaatziekten de gemiddelde levensverwachting met bijna twee jaar toeneemt en dat daarmee de kosten van de gezondheidszorg met 6 % stijgen (Barendregt en Bonneux, 1998). Dit maakt gezondheidsbeleid en ook facetbeleid voor de politiek niet altijd even aantrekkelijk. Maar dit mag naar de mening van de Raad gewenste verbeteringen in de volksgezondheid niet in de weg staan. Wel moet een realistische afweging gemaakt worden tussen de mogelijke gezondheidseffecten en de daarbij behorende aanvaardbare maatschappelijke kosten. Ook kunnen kosteneffectiviteitoverwegingen een belangrijke rol spelen bij de keuze voor bepaalde interventies en de selectie van prioriteiten.

Kosteneffectiviteit niet enige overweging

### **Selectie van prioriteiten**

Behalve op het bestuurlijke en politieke vlak is de selectie van prioriteiten voor facetbeleid ook een inhoudelijk probleem. In het voorportaal van de maatschappelijke en politieke besluitvorming zal vanuit de wetenschap aannemelijk moeten worden gemaakt, wat de causaliteit is van de veronderstelde determinanten voor het betreffende gezondheidsprobleem, welke beleidsmaatregelen mogelijk tot vermindering van het probleem kunnen leiden en welke maatschappelijke kosten daarmee zijn gemoeid. Zowel de wetenschappelijke inspanningen op het terrein van de verkleining van SEGV als op de beïnvloeding van leefstijlfactoren hebben laten zien, dat het daarbij gaat om uiterst complexe vormen van onderzoek en interventie. Dit maakt dat de inhoudelijke selectie van prioriteiten vaak een grote onderzoeksinspanning vergt en tot op heden nog lang niet is afgerond.

Problemen bij de selectie van prioriteiten voor facetbeleid

### 3.3 Conclusie

Op rijksniveau is het kernprobleem voor facetbeleid dat departementen op een verschillende manier omgaan met het gezondheidsbelang en dat het gezondheidsbelang niet genoeg of niet effectief genoeg op de politieke agenda komt. Als achtergronden hiervoor kunnen onder meer worden genoemd: de nog beperkte aandacht voor gezondheidsbeleid op kabinetsniveau en het ontbreken van bevoegdheden voor het ministerie van VWS met interdepartementaal karakter.

Volksgezondheid moet beter op de politieke agenda ...

De mogelijkheden van facetbeleid blijven op gemeentelijk niveau ook nog vaak onbenut. Facetbeleid staat soms wel en soms niet op de gemeentelijke politieke agenda. De aandacht voor gezondheidsbeleid in de gemeenteraad hangt veelal af van projectmatige initiatieven en van de inzet van personen.

... ook op de gemeentelijke

De mate van te behalen gezondheidswinst wordt bepaald door een veelheid van factoren en vaak is nog onduidelijk hoe deze effectief te beïnvloeden zijn. Wanneer het mogelijk blijkt aan genoemde problemen iets te doen, dan zal facetbeleid effectiever kunnen zijn. In het volgende hoofdstuk zullen oplossingen voor besproken problemen worden verkend.

## 4 Effectiever facetbeleid

### 4.1 Bestuurlijke verbeteringen

De oplossingsrichtingen voor problemen van bestuurlijke aard zijn te onderscheiden in oplossingen op Europees niveau, op rijksniveau, op gemeentelijk niveau en oplossingen op alle niveaus gezamenlijk.

#### Europa

Gezien het grensoverschrijdend karakter van veel gezondheidsproblemen zal het voor de toekomst van groot belang blijven om verder te investeren in Europees gezondheidsbeleid, dat voor een groot deel per definitie bestaat uit intersectoraal beleid. Dit zal voortdurend op de agenda moeten staan van de Europese Gezondheidsraad. Met de opname artikel 152 in het verdrag van Amsterdam en de vorming van een eigen directoraat voor volksgezondheid bij de EC zijn de mogelijkheden hiervoor belangrijk toegenomen. De Nederlandse overheid zal deze gewijzigde goed moeten benutten en invullen.

Investeren in Europees gezondheids(facet)beleid

#### Rijk: profilering van VWS

Op het beleid van andere sectoren en ook op de publiciteit komt het ministerie van VWS vooral over als een departement dat sterk vakinhoudelijk georiënteerd is, en dan met name gericht op de zorgsector. Het gaat meer over wachtlijsten dan over autogordels of gezond wonen. Voor een krachtige en herkenbare positionering van de beleidssector volksgezondheid en zorg binnen de rijksoverheid is die vakinhoudelijke oriëntatie uiteraard ook onmisbaar. Ten behoeve van haar rol ten aanzien van het intersectoraal beleid met betrekking tot de volksgezondheid zal het ministerie zich echter ook steeds meer als gezaghebbend departement op bestuurlijk vlak moeten profileren. Dat is nodig om als departement bovensectorale invloed uit te kunnen oefenen op beleidsontwikkelingen buiten de eigen sector.

Profilering van VWS als bestuurlijk opererend departement

Voor facetbeleid is samenwerking tussen VWS en andere departementen van groot belang, maar ook de samenwerking met relevante maatschappelijke organisaties. Samenwerking kan vooral bevorderd worden door aansluiting te zoeken bij en in te gaan op initiatieven met aanwijsbare volksgezondheidsaspecten bij andere departementen en bij

Bewust zoeken van samenwerking rond facetbeleid

maatschappelijke organisaties. Het ministerie van VWS zal zich daarbij vooral als partner in een netwerk moeten opstellen. Het zoeken naar coalitiegenoten in het netwerk en samen met hen streven naar win-win-situaties moeten daarbij voorop staan. Voor een effectief facetbeleid gaat het om het maken van de juiste keuzes, vanuit het besef dat gezondheid weliswaar een belangrijk facet is, maar dat dit door de partners in het netwerk wordt afgewogen tegen andere prioriteiten. Dat vraagt om een goed inlevingsvermogen van VWS in deze andere beleidsterreinen en om een zekere eenheid van taal. Vervolgens dient het ministerie zich meer te profileren op het gebied van *stimulerend* facetbeleid. Het zoeken van bondgenoten of coalitiepartners binnen en buiten de overheid kan zeer effectief zijn. Maatschappelijke organisaties die doelstellingen nastreven op het vlak van de volksgezondheid zijn daarbij natuurlijke partners.

Oog voor de afweging van gezondheid tegen andere prioriteiten

#### **Gemeente: regierol voor gemeente**

De gemeente kan haar rol in het kader van facetbeleid pas goed vervullen wanneer voldaan is aan een drietal voorwaarden:

1. Gemeenten moeten meer initiatief krijgen en nemen bij het ontwikkelen, bepalen en uitvoeren van lokaal facetbeleid en gezondheidsbeleid, daartoe mede gestimuleerd door financiële incentives. Daarbij zal de rijksoverheid pluriformiteit moeten accepteren in de vormgeving van lokaal gezondheidsbeleid en facetbeleid, met meer kansen voor regionale verbijzondering.
2. Het nationale en lokale beleid op het vlak van volksgezondheid en zorg dienen goed op elkaar te zijn afgestemd op basis van gelijkwaardigheid. Er moet zowel sprake zijn van een bottom-up- als een top-down-benadering. De verantwoordelijkheid voor het lokale gezondheidsbeleid ligt nadrukkelijk bij het gemeentebestuur en dient niet zonder meer, maar omkleed met doelstellingen, incentives en afspraken te worden gedelegeerd aan de GGD. De financiële en bestuurlijke verhouding tussen rijk en gemeente moet geregeld zijn in een breed, integraal wettelijk kader voor de openbare gezondheidszorg. Dit kan zoals eerder door de Raad aanbevolen ook een stimuleringsfonds omvatten. In dit wettelijk kader wordt onder meer vastgelegd dat rijk en gemeente complementaire gezondheidsplannen opstellen, gebaseerd op een gedeelde visie op gezondheidsbeleid (zie verder onder 3). Ook in de sfeer van de beleidsuitvoering moet sprake

Nog meer initiatiefruimte voor gemeenten

Afstemming nationaal en lokaal beleid

zijn van complementair bestuur.

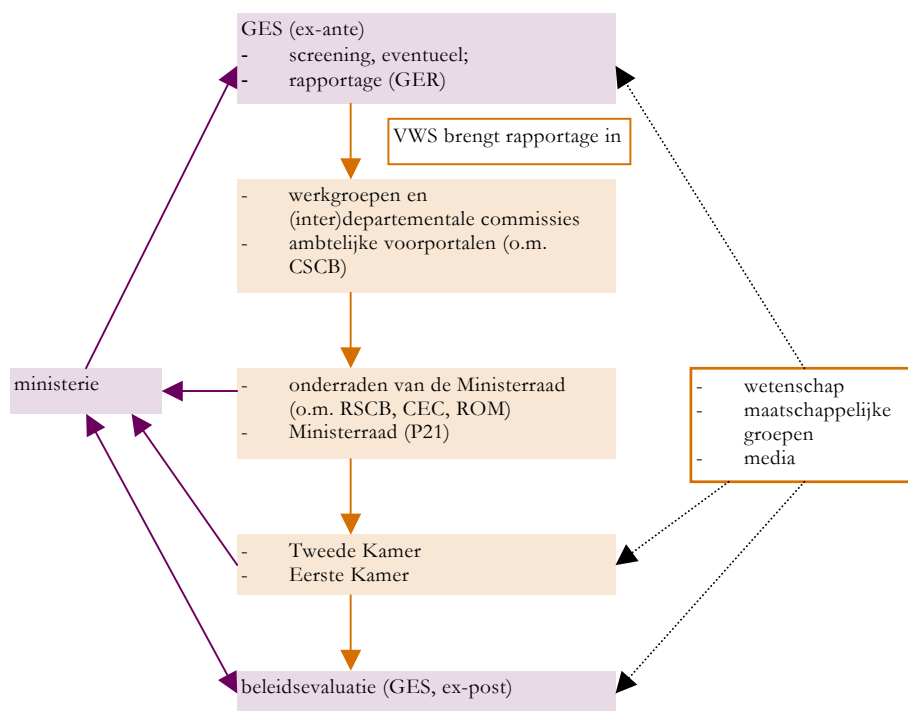
3. De bestaande wet- en regelgeving – de WCPV, maar ook andere relevante regelingen – moet worden aangevuld met een stelsel van contractuele afspraken tussen rijk en gemeente. Deze hebben betrekking op doelen van gezondheidsbeleid. De doelen zijn zoveel mogelijk gekwantificeerd en dus meetbaar. De financiële verhouding tussen rijk en gemeente wordt gereguleerd door het realiseren van de vooraf overeengekomen doelen: sturen op prestaties. De doelen en de prestaties vormen een onderdeel van het gemeentelijk gezondheidsplan. Dat is enerzijds afgestemd op een landelijk beleidskader openbare gezondheidszorg, de beleidsvisie van VWS en anderzijds doet het dienst als communicatiemiddel tussen de verschillende portefeuillehouders binnen het lokaal bestuur. Deze communicatie is een vehikel voor het lokaal facetbeleid. De portefeuillehouder volksgezondheid legt het plan met de doelen voor aan de medebestuurders, met de vraag welke bijdrage deze kunnen leveren vanuit hun portefeuille aan het realiseren van de gezondheidsdoelen. De proceskant van het plan is daarbij minstens zo belangrijk als de inhoud.
- Aanvulling wetgeving met contractuele afspraken

#### **Toepassing instrumenten**

Aangezien informatie als een belangrijke voorwaarde voor het stimuleren van facetbeleid wordt beschouwd, kan de openbaarheid van de GES en een actieve verspreiding van GES-rapporten bijdragen aan het creëren van een groter draagvlak voor facetbeleid. Duidelijke procedures en afspraken over de functie en het gebruik van de GES dragen hiertoe bij. Ook zou dit een belangrijke rol kunnen vervullen in het vormen en beïnvloeden van de publieke opinie en de publiciteit.

Openbaarheid en actieve verspreiding  
gezondheidseffectscreening

**Figuur 4.1 Schets van de GES-procedure in de beleidscyclus**



Bron: Vrij naar Putters, 1996

Figuur 4.1 laat zien dat er verschillende momenten zijn waarop een GES in de beleidscyclus kan worden ingezet. Onderscheid wordt over het algemeen gemaakt tussen screening en/of rapportage vooraf (ex-ante) en achteraf (ex-post), maar zeker bij langlopende beleidsprocessen is ook tussentijdse inzet van GES en GER denkbaar.

De Raad heeft overwogen of het verplicht uitvoeren van een GES gewenst is en is daarbij tot de volgende conclusie gekomen. Verplichting van een GES bij alle beleidsinitiatieven die de Ministerraad passeren, zal leiden tot onnodige bureaucratie en vertraging in besluitvorming. En daarnaast is het bijzonder ingewikkeld, zo niet onmogelijk om een omschrijving te geven van beleidsinitiatieven waarbij een GES verplicht zou moeten worden. Daarom ziet de Raad meer in het volgende voorstel. Er dienen op kabinetsniveau afspraken te worden gemaakt over de bevoegdheid een opdracht tot een GES te geven, over de uitvoering van een

Geen verplichte  
gezondheidseffectscreening



GES, over de procedure rond de uitkomst van een GES en over de financiering van een GES.

### **Monitoring en signalering van relevante beleidsinitiatieven**

In de levenscyclus van beleidsinitiatieven of –maatregelen kunnen vier fasen worden onderscheiden (Winsemius, 1986). De erkenning van het probleem, de beleidsformulering, de oplossingen en de monitoring of het beheer. De fase waarin een probleem verkeert bepaalt het handelen van de overheid. Bij facetbeleid zijn de erkenning van het probleem en de beleidsformulering de verantwoordelijkheid van de overheid. Voor de oplossingen is men vaak mede van anderen afhankelijk. De laatste fase, de monitoring, kan in overleg tussen uitvoerders en de overheid plaatsvinden. De overheid heeft daarbij zijn eigen verantwoordelijkheid.

Om facetbeleid te stimuleren, moet er een systeem zijn waardoor continu gezondheidsrelevant beleid gesignaleerd wordt, op rijksniveau bij andere departementen en – wellicht in mindere mate - op gemeentelijk niveau bij andere diensten. Ook moeten andere departementen of diensten zelf een signaal afgeven wanneer er sprake is van effecten van dat beleid op de volksgezondheid. Juist door de wederkerigheid ontstaat mogelijk een win-win-situatie. Voordeel is dat men op de hoogte is van elkaars beleid en dat men op grond daarvan wellicht gezamenlijk beleid ontwikkelt of bij gebrek aan overeenstemming komt tot het uitruilen van secundaire beleidsdoelen. De win-win-situatie is echter het meest ideaal. Voor andere departementen en diensten wordt het signaleren en bevorderen van de volksgezondheid dan een belangrijk neven doel.

Systeem van continue signalering noodzakelijk

### **Samenwerking met maatschappelijke organisaties**

Rijksoverheid en gemeentelijke overheid dienen meer te investeren in de relatie met maatschappelijke organisaties, vanuit de visie dat er ook bij maatschappelijke organisaties kennis zit over gezondheid, er belangen zijn die gezamenlijk kunnen worden opgepakt en dat door de vorming van coalities en het afsluiten van convenanten wellicht meer kan worden bereikt voor de volksgezondheid dan door VWS alleen. Belangenorganisaties zoals de Nederlandse Kankerbestrijding, de stichting Volksgezondheid & Roken, de stichting Consument en Veiligheid, de Consumentenbond, Natuurbehoud en Greenpeace kunnen de publieke betrokkenheid vergroten en zorgen voor maatschappelijk

Zoeken naar maatschappelijk draagvlak voor facetbeleid

draagvlak.

## 4.2 Inhoudelijke verbeteringen

### **Causaliteit van determinanten van gezondheidsproblemen**

De overheid zal verder moeten investeren in het wetenschappelijk onderzoek naar de determinanten van gezondheid en met name naar de causale relaties die daarbij in het geding zijn. De ervaringen met het onderzoek naar de SEGV hebben geleerd, dat dit een zeer complex en arbeidsintensief onderzoek is, waarvan de resultaten en de vruchten niet op de zeer korte termijn verwacht mogen worden. Het gaat om een diepte-investering, die over vele jaren volgehouden zal moeten worden. Internationale samenwerking kan de opbrengst aanzienlijk vergroten. Uit internationale vergelijking van dit type onderzoek blijkt dat Nederland in een aantal opzichten een voortrekkersrol vervult, maar van andere landen valt ook nog te leren.

Internationale samenwerking bij het wetenschappelijk onderzoek

### **Plausibiliteit van de voorgestelde maatregelen**

Hetzelfde geldt voor het onderzoek naar de effecten van de voorgestelde maatregelen. Ook in dat opzicht heeft het intensieve onderzoeksprogramma naar de SEGV geleerd, dat het om zeer weerbarstige materie gaat. Zonder duidelijke inzichten in de mogelijke werking van voorgestelde maatregelen, zal het facetbeleid inhoudelijk moeilijk vorm kunnen krijgen. Daarbij is vooral ook van belang onderscheid te maken tussen de theoretisch haalbare gezondheidswinst, zoals die nu in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning in kaart wordt gebracht en de in de praktijk te realiseren gezondheidswinst, welke mogelijk in experimentele interventiestudies goed kan worden benaderd.

Plausibiliteit van beoogde beleidseffecten weerbarstig probleem

### **Kosteneffectiviteitsbepaling**

Wanneer de causaliteit van de determinanten en de plausibiliteit van de maatregelen voldoende wetenschappelijk zijn onderbouwd, en daarmee de mogelijke effectiviteit van het facetbeleid aannemelijk is gemaakt, dan zal in vervolgstudies ook de kosteneffectiviteit moeten worden bepaald. Sommige vormen van facetbeleid leveren weliswaar belangrijke gezondheidswinst op, maar alleen tegen zeer hoge maatschappelijke kosten. De kosteneffectiviteitsbepaling, die idealiter ook onderdeel uitmaakt van de GER, zal immers van grote invloed zijn op de selectie van prioriteiten en de uiteindelijke politieke besluitvorming.

Kosten effectiviteits-bepaling belangrijk

### **Stellen van prioriteiten**

Aangezien er voor gezondheidsfacetbeleid erg veel relevante beleidsterreinen zijn, is het onmogelijk om beleid te ontwikkelen op alle terreinen. Dus zal er een langjarige selectie van die beleidsterreinen moeten worden gemaakt, die het meest urgent zijn, dan wel de meeste kans op succes bieden. Het is nodig om daarbinnen prioriteiten te stellen. De Raad heeft nagegaan of er nu al een sluitend systeem voor deze prioriteitstelling voorhanden is. Dit is echter nog niet het geval. Het zal in de loop van de tijd ontwikkeld moeten worden. Daartoe is een groot aantal bronnen beschikbaar:

- de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen;
- de daaruit af te leiden 'omgekeerde GES' (RIVM, 1999);
- de checklist GES van de NSPH;
- de achtergrondstudie bij dit advies;
- de Rapporten van de Gezondheidsraad;
- de Beleidsevaluaties van andere ministeries;
- het komende advies van de RVZ inzake nieuwe risico's.

Vorbereiden van een sluitend systeem voor prioriteitstelling

## 5 Advies

### 5.1 Visie op facetbeleid

Er is in het verleden veel gezondheidswinst geboekt met wat momenteel wordt aangeduid als gezondheidsfacetbeleid. Dit is grotendeels uitgekristalliseerd in de maatschappelijke infrastructuur, maar deze vraagt wel voortdurend beleidsmatig onderhoud. Daarnaast blijft nieuw facetbeleid van belang, omdat er nog steeds veel gezondheidswinst valt te behalen, oude gezondheidsbedreigingen weer de kop opsteken en er zich in tegenstelling tot de verwachting in toenemende mate ook nieuwe risico's en bedreigingen voor de gezondheid aandienen.

Niet tevreden zijn met de in het verleden behaalde resultaten

Dit vraagt een diepte-investering in de toekomstige volksgezondheid, waarbinnen gezondheidsfacetbeleid een blijvend aandachtspunt van de overheid dient te zijn. Maar de RVZ constateert daarbij, dat het realiseren van facetbeleid op rijksniveau op een diep in de overheidsorganisatie geworteld probleem stuit, inherent aan het ontbreken van geïntegreerd bestuur. Gedurende de voorbereiding van dit advies is gebleken dat het niet eenvoudig is om voor een dergelijk probleem een adequate oplossing te geven. Toch wil de Raad een aantal praktische aanbevelingen aanreiken die een positieve bijdrage kunnen leveren aan de effectiviteit van facetbeleid.

Diepteinvestering noodzakelijk

De Raad stelt zich over het algemeen zeer terughoudend op ten aanzien van de organisatorische inrichting van het ministerie van VWS of van andere departementen en de onderlinge relaties daartussen, maar waar dat in het belang is van gezondheidsfacetbeleid worden er in dit advies wel enige suggesties in die richting gedaan.

Belangrijke rol voor het ministerie van VWS

Vanuit het ministerie van VWS is in de eerste plaats een extern gerichte, dienstverlenende en open opstelling richting andere departementen noodzakelijk om facetbeleid te stimuleren. VWS is er voor om te helpen bij behartiging van gezondheidsbelangen en niet om hindernissen op te werpen of een waakhond te zijn voor zijn eigen belangen. Stimulerend facetbeleid is belangrijker dan reactief facetbeleid. Dat vraagt een goed inlevingsvermogen in andere relevante beleidsterreinen en een streven naar eenheid van taal.

## 5.2 Aanbevelingen

### Kabinetsbrede nota Gezondheid

Allereerste voorwaarde voor succesvol gezondheidsfacetbeleid is eenheid van beleid op het terrein van de volksgezondheid binnen het kabinet. Er dient op afzienbare termijn een interdepartementale, kabinetsbrede nota Gezondheid geconcipieerd en vastgesteld te worden. De aanleiding voor een dergelijke nota is drieledig:

1. De landelijke overheid zal heldere uitgangspunten moeten formuleren voor het te voeren beleid op het terrein van de volksgezondheid in de komende jaren binnen de Europese gemeenschap. Met de onderschrijving van artikel 152 van het Verdrag van Amsterdam heeft Nederland zich daartoe verplicht.
2. De maatschappelijke en economische urgentie, met name op het vlak van veiligheid en duurzaamheid van de beroepsbevolking, roepen tot een integraal gezondheidsbeleid.
3. Steeds sterker wordt de overheid verantwoordelijk en aansprakelijk gehouden voor het optreden van te vermijden gezondheidsschade.

In bedoelde nota worden de raakvlakken met relevante beleidsterreinen aangegeven en de mogelijkheden voor gezondheidsfacetbeleid in relatie tot die terreinen. Met gebruikmaking van informatie uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV 1997, RIVM) en andere bronnen (zie par. 4.3) worden prioriteiten geselecteerd en concrete doelen vastgesteld zoals het terugbrengen van het aantal ziektegevallen of vermindering van gezondheidsschade in meetbare grootheden. Bij de voorbereiding van de nota zijn naast het ministerie van VWS in ieder geval de ministeries van EZ, Financiën, SoZaWe, VROM, V&W en LNV betrokken. De eerder genoemde interdepartementale nota Milieu en Economie kan daarbij als voorbeeld dienen. Het is van belang dat het kabinet de in de nota geformuleerde doelen omarmt en de realisatie ervan volgt. Over de realisatie van in de nota vastgelegde doelen zal periodiek, eenmaal per jaar, aan de Tweede Kamer worden gerapporteerd.

### Verdere profilering van VWS als bestuurlijk departement

Interdepartementale nota  
Gezondheid

Volksgezondheid definitief  
op de politieke agenda  
zetten

Wijziging opstelling van het

Om de aandacht voor gezondheidsfacetbeleid te vergroten, zou het ministerie van VWS zich verder moeten profileren als bestuurlijk opererend departement. Dit moet tot uiting komen in het strategisch handelen. Het belang van volksgezondheid vraagt soms om toepassing van specifieke, afgestemde strategieën. Wanneer overleg niet voldoende resultaat geeft, kan de keuze voor een andere strategie - zoals uitoefenen van druk - wellicht tot een beter resultaat leiden.

ministerie van VWS

1. De versterking van VWS als bestuurlijk departement vraagt om specifieke inzet van personeel ten behoeve van het intersectoraal beleid. Om op effectieve en efficiënte wijze facetbeleid uit te kunnen oefenen, is het wenselijk dat de interne organisatie zodanig is dat men voor deze taak is uitgerust en dat er voldoende mensen voor facetbeleid zijn vrijgesteld. Aangezien facetbeleid als de kerntaak van VWS moet worden beschouwd, is de RVZ van mening dat een en ander in de prioriteitenstelling tot uitdrukking moet komen.
2. Een tweede mogelijkheid om zich meer als bestuursdepartement te profileren, is verbetering van de afstemming en communicatie. Verbetering van communicatie binnen VWS en tussen VWS en departementen is mogelijk door het creëren van expliciete 'verbindingsfuncties'. Dit houdt een flexibele inzetbaarheid in en het gericht onderhouden van contacten met andere departementen over actuele beleidsthema's. Integratie van facetbeleid in het algemene strategische beleid behoort tot hun taak. Ook zouden zij in staat moeten zijn een vertrouwensrelatie op te bouwen zowel binnen het departement als daarbuiten in verband met het verwerven van een noodzakelijk draagvlak. Aangezien beleidsthema's in de tijd kunnen variëren, is flexibele inzet van belang.
3. Verbetering van communicatie tussen het ministerie van VWS en de gemeenten zou ook tot hun taak moeten behoren, inclusief de afstemming van regelgeving en richtlijnen tussen de centrale overheid en de gemeenten.
4. Om het volksgezondheidsbelang een goede plaats te geven binnen andere departementen kan worden overwogen om bij relevante departementen een contactpersoon aan te wijzen, die deskundigheid ontwikkelt of heeft op het terrein van de volksgezondheid. Deze persoon onderhoudt contact met de verbindingsfunctie en anderen van het ministerie van VWS. Via een mobiliteitspool kan uitwisseling van medewerkers plaatsvinden tussen VWS en andere

Meer inzet van personeel op facetbeleid

Verbetering van afstemming en communicatie

- departementen om deze taken te vervullen. Aanstelling binnen twee departementen kan overwogen worden.
5. Een alternatieve manier om de realisatie van het volksgezondheidsbelang binnen andere departementen te bevorderen is de instelling van een taskforce onder leiding van het ministerie van VWS. Deze taskforce zou interdepartementaal samengesteld moeten worden op het niveau van directeuren-generaal en heeft als taak het bewaken en bevorderen van gezondheidsfacetbeleid onder meer door middel van gezondheidseffectscreeningen.
  6. Het college van secretarissen-generaal krijgt de taak om de afspraken over gezondheidsfacetbeleid op hoofdlijnen te volgen. Dit kan worden geconcretiseerd door facetbeleid een permanent agendapunt te maken van het college van SG'en. VWS coördineert dit. Rol voor het college van secretarissen-generaal
  7. Er worden regelmatig bijeenkomsten voor topambtenaren georganiseerd door VWS met een informerend, enthousiasmerend en signalerend karakter. Daarin wordt casuïstiek besproken die aan de directe beleidspraktijk is ontleend.
  8. De ontwikkeling van een gecombineerd vakinhoudelijk en bestuurlijk opererend departement moet tenslotte worden vormgegeven door op departementaal niveau voorzieningen te realiseren, die gericht zijn op het strategisch en logistiek management van het beleidsproces dat zich bij facetbeleid grotendeels buiten de eigen deur afspeelt. De informatievoorziening speelt hierbij een cruciale rol, met name het monitoren van beleidsinitiatieven die buiten VWS ontwikkeld worden, waarbij het facet volksgezondheid mogelijk een belangrijke rol speelt of kan gaan spelen in de toekomst. De taken op dit vlak, die nu zijn ondergebracht bij de ondersteuningsfunctie van de NSPH kunnen hiermee worden uitgebreid. Ook het strategisch en logistiek management inrichten op facetbeleid

**Gemeente: regierol voor gemeente**

Volksgezondheid dient structureel een punt op de agenda van gemeenteraden te zijn. De basis hiervoor is het opstellen van een lokaal gezondheidsbeleidsplan waarin bij voorkeur gekwantificeerde doelen voor de korte en langere termijn worden gesteld. Een belangrijk middel om het gezondheidsbeleid te voeden en de agendering van gezondheidsfacetbeleid te realiseren, is een gerichte, continue informatiestroom van de gemeentelijke dienst volksgezondheid of de GGD naar de gemeenteraad op Lokaal gezondheidsbeleidsplan basis voor facetbeleid op gemeentelijk niveau

uiteenlopende terreinen, zoals over de gezondheid in achterstandswijken, lokale sociaal-economische gezondheidsverschillen, het gezondheidsgedrag van de bevolking, bestrijding van CARA in het binnenmilieu. Ook binnen het Grote Stedenbeleid, dat niet primair het volksgezondheidsbelang betreft, zijn er raakvlakken en mogelijkheden voor facetbeleid. Een voorbeeld daarvan is het project 'Stad en milieu' (zie achtergrondstudie Gezond zonder zorg).

De RVZ ziet in het lokaal beleid veel mogelijkheden voor kansrijk facetbeleid. De gemeenten kunnen hiervoor meer beleidsruimte krijgen door de volgende maatregelen:

**Maatregelen om gemeenten meer beleidsruimte te geven**

- Het landelijk beleidskader Openbare gezondheidszorg moet de gemeenten uitdagen tot actie. Uitgangspunt is daarbij: de gemeente voert taken uit, gesteund en gestimuleerd door het Rijk, niet in opdracht van het Rijk, maar wel vastgelegd in een meerjarig convenant.
- Beleidskader en convenant bevatten de gezondheidsdoelen en de daarbij behorende prestaties. Over de realisatie worden afspraken gemaakt. Deze worden financieel vertaald in een meerjarig contract.
- Het complement van het landelijk beleidskader is het lokaal gezondheidsplan. De opstelling hiervan is voorwaarde voor financiering, en vormt een onderdeel van een brede wettelijke regeling Openbare gezondheidszorg, waarin de taken van de gemeente worden gedifferentieerd: van verplicht tot facultatief; van landelijk/bovenregionaal tot lokaal; van regel- en normvrij tot gereguleerd en genormeerd.
- Het gemeentebestuur kan de uitvoering van de taken uitbesteden aan de GGD of aan een andere instelling (bijvoorbeeld de curatieve gezondheidszorg), maar dient zelf de eindverantwoordelijkheid te dragen voor het te voeren beleid.
- Het toezicht (IGZ) en de informatievoorziening dienen te worden geregeld.
- Er moet een gebiedsindeling komen die aansluit bij de andere relevante gemeentelijke taken (indicatiestelling, WVG, jeugdzorg, oggz, verslaafdenzorg, WSW).

Gemeentebesturen ontwikkelen een integraal lokaal beleid voor de leef-, woon- en werksituatie:

**Integraal lokaal beleid ontwikkelen**

- Het gemeentebestuur moet zijn lokaal gezondheidsbeleid en facetbeleid op onderdelen kunnen combineren met functioneel verwant beleid: Grote Stedenbeleid, Minderhedenbeleid, Centra voor Werk en inkomen



- (CWI), WSW, Investeringskader Stedelijke Vernieuwing (ISV), ABW/armoedebeleid.
- Dit moet programmatisch en projectmatig gebeuren, met behoud van uitgangspunten als doelmatigheid en rechtmatigheid. De combinatie moet een aantoonbare meerwaarde hebben en moet worden geoperationaliseerd in meetbare prestaties.
  - De behaalde successen op het terrein van de sociaal-economische gezondheidsverschillen moeten extra beloond worden, vooral bij het tegengaan van de cumulatie van sociale- en gezondheidsproblematiek.
  - Elke gemeente stelt, al dan niet in een intergemeentelijk samenwerkingsverband, een meerjarig (5-10 jaar) strategisch investeringsplan op. VWS en VNG bepalen vorm en structuur.
  - Alleen gemeenten met een dergelijk plan kunnen een beroep doen op een investerings- en stimuleringsfonds ogz. Een gedeelte van de bestaande ogz/WCPV-middelen wordt geflexibiliseerd ten bate van dit fonds.
  - Aan gemeenten wordt bij het voldoen aan bovengenoemde criteria financiële zekerheid en continuïteit geboden (continuïteit van beleid).

#### **Samenwerking met maatschappelijke organisaties**

Het is van belang dat het ministerie van VWS nagaat welke maatschappelijke organisaties relevant zijn voor een beleidsterrein en waar de gemeenschappelijke belangen van deze organisaties en de overheid liggen ten aanzien van de volksgezondheidsaspecten. De overheid kan maatschappelijke organisaties niet rechtstreeks aansturen. Echter, indien maatschappelijke organisaties worden betrokken bij ontwikkeling van beleid, blijken zij vaak bereid te zijn een bijdrage te leveren aan facetbeleid. Men kan daarbij actief, maar ook reactief een functie vervullen.

Winkeliersverenigingen kunnen bijvoorbeeld een bijdrage leveren aan de leefbaarheid en de gezondheid van een buurt. Woningcorporaties en energiebedrijven kunnen een rol spelen in de voorlichting over huisstofmijt die CARA veroorzaakt en over het beheer van water- en verwarmingsapparatuur ter vermindering van legionella-besmetting.

De overheid heeft een belangrijke taak in het benaderen en activeren van deze maatschappelijke partners. Facetbeleid draait om het zoeken en het vinden van de juiste partners. Een goed onderhouden netwerk met de maatschappelijke

Inschakelen maatschappelijke organisaties

organisaties draagt bij aan de kans op succes. Het is in het belang van de overheid om maatschappelijke organisaties te wijzen op het langetermijnbelang. Tegelijkertijd kan dezelfde overheid ook actiever reageren op signalen die maatschappelijke organisaties afgeven.

Het verdient aanbeveling de mogelijkheden te onderzoeken om financiële incentives, bijvoorbeeld budgetten van zorginstellingen en verzekeraars op te nemen, of om door middel

Zoeken naar financiële incentives

van belastingmaatregelen voor bedrijven, de samenwerking tussen overheid en maatschappelijk organisaties te stimuleren.

### **Inhoudelijke verbeteringen van gezondheidsfacetbeleid**

#### *Aanpassing wetgeving*

De minister van VWS of de wethouder Volksgezondheid dient over voldoende bevoegdheden te beschikken om in te grijpen in beleidsprocessen, die een aantoonbaar negatief effect op de volksgezondheid hebben. Wanneer de bestaande wetgeving hierin niet of niet voldoende voorziet, dient deze te worden aangepast.

#### *Inzet van instrumenten*

Een bredere toepassing van de GES is gewenst. Dit sluit aan bij de uitwerking van artikel 152 van het Verdrag van Amsterdam. De RVZ pleit ervoor de GES zowel ex-post als ex-ante toe te passen. De toepassing van de GES is niet het alleenrecht van het ministerie van VWS c.q. de wethouder van Volksgezondheid. Ook andere ministeries en gemeentelijke diensten kunnen worden gestimuleerd om met behulp van een GES mogelijke (negatieve) gezondheidseffecten in het beleid op te sporen, zodat bijsturing kan plaatsvinden of – bij positieve effecten – juist accenten kunnen worden gelegd.

Bredere toepassing van gezondheidseffectscreening (GES)

De Raad beveelt aan om de bevoegdheid om opdrachten tot een GES te verstrekken niet exclusief bij de minister van VWS te leggen, maar ook bij andere bewindslieden en bij de Tweede Kamer. De kosten van de desbetreffende gezondheidseffectscreening kunnen worden gedragen door de opdrachtgever, zoals dat bijvoorbeeld in Canada gebruikelijk is.

GES niet alleen meer vanuit VWS

Verplichting van de GES acht de Raad niet gewenst. De

GES niet verplicht

resultaten van uitgevoerde screenings moeten breder worden verspreid onder kamerleden, betrokken departementen, belanghebbenden en geïnteresseerden. Tot slot zal een toename van het aantal screenings dat jaarlijks wordt uitgevoerd op relevante beleidsterreinen bijdragen aan de agendering van gezondheid op de landelijke en de lokale politieke agenda.

De GES op gemeentelijk niveau moet verder worden ontwikkeld en de toepassingsmogelijkheden moeten worden uitgebreid. De VNG en GGD Nederland kunnen daarin een initiërende rol vervullen.

VNG en GGD Nederland  
initiërende rol ten aanzien  
van lokale GES

#### *Investering in wetenschappelijk onderzoek*

Er zal blijvend geïnvesteerd moeten worden in wetenschappelijk onderzoek naar de causaliteit van gezondheidsdeterminanten en de plausibiliteit van gezondheidseffecten van beleidsmaatregelen. Daarbij zijn kosteneffectiviteitsanalyses onontbeerlijk voor een evenwichtige besluitvorming op het terrein van het gezondheidsfacetbeleid. De onderzoeksactiviteiten op het terrein van de SEGV dienen op geleide van de komende eindrapportage van de Programmacommissie SEGV-II verder worden voortgezet. Ook op andere relevante terreinen van facetbeleid is het van belang dat goede en systematische onderzoeks- en evaluatieprogramma's worden ontwikkeld en uitgevoerd. In dit kader heeft VWS met het stimuleringsprogramma 'Stimulering Gezond Leven' uit te voeren door ZorgOnderzoek Nederland (ZON), een belangrijke stap gezet.

Verder investeren in  
wetenschappelijk onderzoek

Om de relatieve voorsprong in internationaal verband te behouden en vruchtbaar gebruik te kunnen maken van ervaringen en onderzoek elders, beveelt de RVZ aan om belangrijke rapporten te voorzien van een Engelstalige samenvatting of deze geheel in het Engels uit te geven. Dat geldt zowel voor wetenschappelijk onderzoek als voor GES en GER.

#### *Selectie van prioriteiten*

Op afzienbare termijn dient mede op basis van het wetenschappelijk onderzoek een min of meer afgeronde selectie te komen van beleidssectoren en beleidsdossiers, die voor facetbeleid in aanmerking komen. In paragraaf 4.3 zijn de bronnen genoemd die bij een dergelijke selectie kunnen worden gebruikt. Ook de Raad zelf zal in de komende

Prioriteitstelling  
noodzakelijke eerste stap

advisering rond nieuwe risico's en bedreigingen voor de volksgezondheid een verdere bijdrage aan een dergelijke selectie van prioritaire onderwerpen voor facetbeleid leveren.

### 5.3 Implementatie

De Raad hoopt dat het advies tot de hiernavolgende concrete handelingen leidt.

Het Kabinet neemt het initiatief tot een interdepartementale nota Gezondheid, stelt deze vast, formuleert concrete doelen voor verbetering van het volksgezondheidsbeleid en geeft de inhoudelijke prioriteiten voor facetbeleid aan.

Initiatief kabinet

Het Kabinet geeft in deze nota helder aan wat tot de ministeriële verantwoordelijkheid van VWS behoort en wat bij andere ministeries thuishoort als het gaat om de volksgezondheid.

De minister van VWS:

Initiatief minister van VWS

- onderzoekt welke wijzigingen in de interne personele organisatie, zowel organisatorisch als qua aantallen, kunnen bijdragen aan de verbetering van facetbeleid;
- onderzoekt de mogelijkheden tot verbetering van de communicatie met betrekking tot facetbeleid door het aanwijzen van 'verbindingsambtenaren', gelieerd aan de ambtelijke top;
- onderzoekt de mogelijkheden tot verbetering van de communicatie tussen VWS en gemeenten;
- onderzoekt de mogelijkheden tot aanstelling van een gezondheidsdeskundige bij andere departementen;
- onderzoekt de mogelijkheden van de instelling van een taskforce met directeuren-generaal van andere departementen onder leiding van VWS, als alternatief voor bovengenoemde maatregelen;
- onderzoekt de mogelijkheden om informatievoorziening over gezondheidsrelevant beleid te verbeteren;
- legt de basis voor een Beleidskader en een meerjarig convenant Rijk-gemeente.
- treedt in overleg met de VNG over de ontwikkeling van een integraal gemeentelijk beleidskader;
- ontwikkelt beleid over de samenwerking met maatschappelijke organisaties en onderzoekt de

- mogelijkheden om via financiële maatregelen dit beleid te stimuleren;
- neemt maatregelen om de functie van de GES te verbreden: er zijn meer opdrachtgevers mogelijk, er worden meer screenings uitgevoerd, er wordt meer publiciteit gegeven aan uitgevoerde screenings;
  - continueert een actief beleid om het wetenschappelijk onderzoek naar determinanten van gezondheid en kosteneffectiviteit van gezondheidsbeleid te programmeren en te stimuleren;
  - entameert een procedure, waarbij een min of meer afgeronde selectie van beleidsterreinen voor gezondheidsfacetbeleid tot stand kan komen;
- 
- onderzoekt de mogelijkheden om door middel van Engelstalige uitgaven het Nederlandse facetbeleid internationaal nog meer bekendheid te geven en vruchten te plukken van internationale uitwisseling op dit terrein.

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,**

*Voorzitter,*

Prof. drs. J. van Londen

*Algemeen secretaris,*

Drs. P. Vos





# Bijlagen





## **Bijlage 1**

### **Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde werkprogramma voor 1999**

#### **1 Gezondheid buiten de gezondheidszorg**

##### **1.1 Het beleidskader**

De RVZ zal in 1999 met de RMO adviseren over dit onderwerp (zie het adviesthema in bijlage 1). Hierover maken beide Raden nadere afspraken. Dit kan leiden tot een wat andere aanpak. Zij zullen tot een thematische taakverdeling komen. Vanuit het perspectief van de RVZ, kan hierover het volgende worden gezegd.

Ongezondheid ontstaat in veel gevallen buiten de medische en verpleegkundige sfeer. In die gevallen heeft de gezondheidszorg maar weinig mogelijkheden de bewuste determinanten van gezondheid te beïnvloeden. Men kan hier denken aan ziekmakende factoren in de infrastructuur, gerelateerd aan milieu, woonomgeving en veiligheid of aan sociaal-economische omstandigheden, zoals inkomenssituatie, arbeidsmarktpositie of sociale zekerheid. De ongelijkmatige spreiding van de blootstelling aan dergelijke ziekmakende factoren over de bevolking leidt tot verschillen in gezondheid, de zogenaamde sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV'n).

Gezondheidszorg - cure en care - is vaak het sluitstuk van een keten. Deze keten bestaat uit een aantal elkaar opvolgende fasen van ongezondheid. De eerste fasen bevatten de zojuist beschreven bedreigingen voor de gezondheid. Kenmerkend voor deze fasen is dat de beleidsverantwoordelijkheid en de sturingsmogelijkheden niet bij volksgezondheid liggen, maar op andere beleidsterreinen (volkshuisvesting, sociale zaken en werkgelegenheid bijvoorbeeld).

Echter, de gezondheidsbedreigingen in deze eerste fasen kunnen resulteren in een beroep op de gezondheidszorg. De gevolgen van beslissingen in het begin van de zorgketen zijn dus voelbaar binnen het beleidsterrein volksgezondheid.

Het bestaan van een zorgketen en het voorkomen van sociaal-economische gezondheidsverschillen wijzen op de noodzaak van interdepartementale afstemming. Het gaat om een evenwichtige verdeling van de lasten en lusten van de gezondheidszorg over de betrokken beleidsterreinen. Dit vraagt om gecoördineerd kabinetsbeleid.

Onderdelen van dit beleid vormen, naast de toedeling van financiële verantwoordelijkheid,

- het facetbeleid (inclusief gezondheidsbescherming, -bevordering en -protectie);
- het verminderen van vermijdbare sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Het regeerakkoord bevat geen specifieke plannen op dit terrein. Wel bevat het een aantal onderdelen van facetbeleid:

- een kaderwet Arbeid en zorg;
- uitbreiding WSW-plaatsen;
- versterking Arbo-infrastructuur;
- beoordelen rol woningcorporaties ten aanzien van wonen en zorg;
- specifiek inkomensbeleid voor chronisch zieken;
- wettelijke regeling rechten gehandicapten.

Het Regeerakkoord biedt dus aanknopingspunten voor gerichte actie op deze terreinen.

## **1.2 Probleemstelling**

Het maatschappelijk probleem is dat ongezondheid voor een deel ontstaat door omstandigheden gerelateerd aan sociaal-economisch beleid en aan infrastructuur. En omdat deze omstandigheden buiten de sfeer van de volksgezondheid liggen, onttrekken zij zich aan de invloeden van dat beleidsterrein. Bovendien bestaat binnen de andere beleidsterreinen (wonen etc.) te weinig aandacht voor ziekmakende factoren.

Dit is vanuit het oogpunt van volksgezondheid ongewenst, het doet ook afbreuk aan de beleidsefficiëntie en aan een goed verloop van de zorgketen.

Dit is niet in het belang van de volksgezondheid. Het bemoeilijkt de uitvoering van de grondwettelijke taak van de overheid de bevolking te beschermen tegen gezondheidsrisico's.

Het beleidsprobleem is driedelig.

In de eerste plaats is het inzicht in de werking van de hier bedoelde determinanten en mechanismen nog onvolledig. Wat

weten wij wel en wat nog niet (Stronks, 1997)?

Het beschikbare onderzoeksmateriaal is, vooral op het vlak van de sociaal-economische gezondheidsverschillen, omvangrijk. Maar deze informatie verschaft tot nu toe weinig inzicht in oorzaken en gevolgen. Zolang onduidelijkheid bestaat over de causaliteit, is het moeilijk om politieke verantwoordelijkheid toe te delen.

In de tweede plaats wordt het probleem binnen de andere beleidsterreinen niet herkend.

En in de derde plaats: er bestaat op kabinetsniveau nog geen verdeel- en regelmechanisme voor de oorzaken en de gevolgen van ongezondheid en voor de lasten en de baten van gezondheidszorg.

Uiteraard hangen deze drie samen.

### 1.3 Beleidsvragen en adviesdomein

De minister van VWS stelt de Raad en de RMO drie vragen:

- Wat zijn knelpunten voor facetbeleid?
- Hoe en door wie kan men deze wegnemen?
- Leidt dit tot een andere bestuurlijke taakverdeling?

Deze vragen kunnen pas worden beantwoord, nadat enkele prealabele vragen zijn behandeld. Deze kunnen in drie groepen worden ondergebracht.

*a. Vragen naar de causaliteit:*

- leidt een slechte gezondheid tot een lage sociaal-economische status (SES);
- of is het andersom?
- kan men causale relaties op individueel of op groepsniveau vaststellen?

*b. Ethische en politieke vragen:*

- is er sprake van een vermijdbare onacceptabele toestand?
- hoe denken wij over verschillen tussen mensen en:
- op grond van welke overwegingen willen wij verschillen beïnvloeden?

*c. Vragen rond beleid en bestuur:*

- ligt hier een beleidsprobleem voor de rijksoverheid, en zo ja:
- voor wie?
- is de werkelijkheid maakbaar, is, met andere woorden, effectieve overheidsbemoeienis mogelijk?

De antwoorden op deze vragen hangen in hoge mate met

elkaar samen. Zo heeft causaliteit alles te maken met de effectiviteit van overheidsinterventies.

De Raad zal eerst deze prealabele vragen beantwoorden in een achtergrondstudie. Die bevat de feiten en de analyse. Daarna beantwoordt de Raad de adviesvragen in een meer bestuurlijk beleidsadvies.

De achtergrondstudie is vooral ook bedoeld om de vraagstelling van VWS in te perken en toe te spitsen. Bij het opstellen van deze achtergrondstudie zal de RVZ samenwerken met de NSPH die (in samenwerking met het RIVM) werkt aan een "omgekeerde" GES, mede op basis van VTV 1997. Een omgekeerde GES gaat uit van de belangrijkste gezondheidsproblemen, en redeneert terug naar determinanten en bijbehorende beleidsimplicaties.

Vooruitlopend daarop, wil de Raad het adviesdomein als volgt begrenzen:

- alleen invloeden die te lokaliseren zijn op de terreinen sociaal-economisch beleid en infrastructuur (zie 1.1);
- de kern van het advies moet zijn het facetbeleid;
- uitgaande van de huidige indeling in departementen en beleidsterreinen en van het huidige regeerakkoord;
- het bestaande onderzoeksmateriaal wordt als uitgangspunt genomen.

De Raad gebruikt bij zijn advisering de beleidsuitgangspunten, zoals neergelegd in de relevante kamerstukken:

- de beleidsbrieven aan de Tweede Kamer van 18 mei 1995 en 12 juli 1996, alsmede de stukken over de gezondheidseffectscreening;
- de parlementaire stukken over de relatie tussen zorg en sociale zekerheid, waaronder het kabinetsstandpunt over het advies van de RVZ ter zake;
- het beleidsdossier "wonen en zorg".

Bij het beantwoorden van de vragen zal de Raad rekening houden met seksegebonden factoren.

#### **1.4 Functie advies**

De Raad wil met zijn advies een bijdrage leveren aan het beleid van het zittende kabinet. Hij ziet zijn advies als een onderdeel van het regeerakkoord. Het advies en het daaropvolgend regeringsstandpunt kunnen het onderwerp op

de politieke agenda brengen.

Het advies is bestemd voor dit kabinet, de aanbevelingen zullen betrekking hebben op investeringsbeslissingen en andere maatregelen die in de komende regeerperiode kunnen worden genomen. De resultaten hiervan zullen overigens pas op langere termijn zichtbaar worden.

Concreet wil de Raad:

- een instrumentarium voor effectief facetbeleid binnen het kabinet, ontwerpen;
- eenheid van waarneming en taal tussen beleidssectoren bevorderen en de daarbij behorende interdepartementale consensusvorming stimuleren;
- bijdragen aan een beter evenwicht in de politieke besluitvorming tussen sociaal-economische c.q. infrastructurele en volksgezondheidsmotieven.

## **1.5 Programmering**

Bij de programmering van het advies moet met enkele zaken rekening worden gehouden:

- het nieuwe kabinet moet nog iets met het advies kunnen doen, omdat het onderwerp om een brede politieke discussie vraagt, moet het advies niet te lang op zich laten wachten;
- maar er is nogal wat voorstudie nodig en er moet rekening worden gehouden met de complementaire werkzaamheden van de NSPH.

Op grond van deze overwegingen programmeert de RVZ het advies als volgt.

De RVZ wil zijn achtergrondstudie in maart 1999 afronden.

Dan volgt op basis daarvan - en in samenhang met de NSPH-activiteiten - een gerichte adviesaanvraag van VWS.

De Raad wil in het voorjaar van 1999 een debatronde organiseren in samenwerking met andere instanties. Deze moet het beleidsterrein VWS overstijgen, het gaat immers om facetbeleid.

Dit leidt tot een publicatiemoment in november 1999.

## **1.6 Relevante andere publicaties en instanties**

De Raad zal gebruik maken van de omvangrijke literatuur op

het gebied van de sociaal-economische gezondheidsverschillen, waaronder VTV 1997 (RIVM).

De Raad zal samenwerking zoeken met de NSPH, in het bijzonder met de projectleider Ondersteuningsfunctie facetbeleid, E. Roscam Abbing. Ook met gemeenten zal worden samengewerkt, onder meer in aansluiting op de follow-up van de commissies Peper, Etty en Lemstra (Platform Openbare Gezondheidszorg). Verder zal samengewerkt worden met de bij het SEGV-beleid betrokken instanties (waaronder J. Mackenbach). Ook zullen de al toegepaste en nog toe te passen GES'en nauwkeurig worden gevolgd (VWS/NSPH).

Relevante adviezen van de RVZ zijn:

- Sociale zekerheid en zorg (1997);
- Met zorg wonen (1998);
- Multiculturalisatie in de gezondheidszorg (verschijnt in 1999).

De minister van VWS richt over dit onderwerp afzonderlijke adviesaanvragen aan de RMO en aan de RVZ. De twee adviesraden zullen bij het beantwoorden van hun adviesvragen samenwerken. Ook adviesraden op andere beleidsterreinen (VROM, OCW, SER) kunnen een rol spelen in de adviesvoorbereiding.

Nader bezien wordt of ook ontwikkelingen in andere landen en internationale organen bekeken moeten worden (Canada, Duitsland, Finland, UK, EU, WHO).

## 1.7 Literatuur

Commissie Peper. *Een sociaal en ongedeeld Nederland, partners in stad en land*. Sdu Uitgevers, Den Haag, 1996.

Dekker, E. en T.E.D. van der Grinten. *Tien jaar facetbeleid*. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 1995, 73, p. 484-492.

Putters, K. en T.E.D. van der Grinten. *Facetbeleid en gezondheidseffectscreening*. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 1998, 76, p. 258-262.

RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997. De som der delen*. RIVM, Bilthoven 1997.

Stronks, K. *Socio-economic inequalities in health: individual choice or*

*social circumstances*. Proefschrift EUR, Rotterdam, 1997.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.  
*Tweedeling in perspectief*. Sdu Uitgevers, Den Haag, 1996.

ZorgOnderzoek Nederland. *Programma Preventie 1998 - 2002*. 's-Gravenhage, 1998.

#### *Overheidsbeleid*

Advies commissie Lemstra, standpunt VWS hierop en rapportages stuurgroep Basistaken collectieve preventie (22 juli 1998 naar Tweede Kamer gestuurd).

Brieven minister VWS aan Tweede Kamer, mei 1995 (Volksgezondheidsbeleid, 24126, nr 3) en juli 1996 (Volksgezondheidsbeleid, 24126, nr 14).

Standpunt VWS/SZW over advies RVZ Sociale Zekerheid en zorg, februari 1997, zie ook adviezen SER en Stichting van de Arbeid.

Stukken VWS over gezondheidseffectscreening (april 1995, juli 1996).





## **Bijlage 2**

### **Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

**Voorzitter:**

Prof. drs. J. van Londen

**Leden:**

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Drs. E.H.T.M. Nijpels

De heer mr. A.A. Westerlaken

**Algemeen secretaris:**

Drs. P. Vos



## Bijlage 3

### Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de volksgezondheid en Zorg (RVZ)

#### 1. Betrokken raadsleden, klankbordgroep en ambtelijke projectgroep

*Betrokken raadsleden:*

- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong (tot 01 01 2000)
- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

*Samenstelling klankbordgroep:*

- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong, voorzitter(RVZ)
- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- Prof. dr. W.G.J. Duijvendak
- Mw. dr. J.A.M. Hulshof
- Prof. dr. R.T.J.M. Janssen
- Mw. drs. J. Klijnsma
- Prof. dr. E.W. Roscam Abbing
- Mw. E. ter Veld
- Prof. dr. W. van Voorden

*Ambtelijke projectgroep:*

- Mw. drs. R. Rodenburg, projectleider (tot 15 02 2000)
- Drs. J. van Bemmelen, extern projectmedewerker (RMO)
- J.B.J. Drewes, arts, eindredactie
- Drs. J.J.G.M. van den Hoek, projectmedewerker(tot 01 06 1999)
- Drs. G. Varela Put, extern projectmedewerker (NSPH)
- Drs. J. van der Velden, projectmedewerker (vanaf 01 09 1999)
- Mr. drs. E. Verstege, projectmedewerker (tot 15 02 2000)
- Drs. P. Vos, projectmedewerker
- Mw. M. van Heijningen, projectsecretaresse

#### 2. Geïnterviewde personen

- Drs. A.J. Beuse, directeur LVGGD
- Mw. prof. dr. G.A.M. van den Bos, hoofd van het Centrum Zorgonderzoek, RIVM

- Drs. R.M. van den Broeke, beleidsmedewerker verslavingszorg, maatschappelijke opvang, lokaal gezondheidsbeleid, Alkmaar
- Mw. J. Cosijn, beleidsmedewerker GGD Eindhoven
- Mw. M. Ekelmans, consulent voorlichting GGD Arnhem
- Mw. dr. M.J.B.M. Goumans, beleidsmedewerker Gezondheidsbeleid, VNG, Den Haag
- Ir. G.J.A. Hille, directeur Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht, bestuurslid LVGGD
- Mw. L.V. Jonkers-Kuiper, directeur GGD Zuid-Holland-Noord, bestuurslid LVGGD
- Drs. F.A.M. Kerkhaert, directeur Welzijn, Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Drs. C.C. Knoester, hoofd Gezondheidsprojecten, GGD Zuid-Kennemerland Haarlem
- Mw. drs. A. Koornstra, beleidsmedewerker, GGD Utrecht
- Prof. dr. P.J. van der Maas, hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Prof. dr. J.P. Mackenbach, hoogleraar medische en maatschappelijke determinanten van de volksgezondheid, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Mw. M. Paes, directeur gezondheidscentrum 'Samen Beter' 's Hertogenbosch
- Prof. dr. D. Post, hoogleraar Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen
- Prof. dr E.W. Roscam Abbing, hoogleraar katholieke Universiteit Nijmegen
- Drs. J.A.M. Saan (senior adviseur NIGZ, Woerden)
- Prof. dr. ir. J van der Schaar, buitengewoon hoogleraar Volkshuisvesting en planologie, Universiteit van Amsterdam, directeur van RIGO Research en Advies B.V.
- Prof. dr. P. Schnabel, directeur Sociaal Cultureel Planbureau
- Drs. N.M. van der Spek (wethouder van maatschappelijke ontwikkeling, Eindhoven)
- Drs. B. Stoelinga (programmacoördinator lokaal beleid NIZW, Utrecht)
- Mw. ing. Y Wesseling (projectmedewerker Leidsche Rijn, SOLGU, Utrecht)
- Mw. ir. M. Weterings (adviseur afdeling medische milieukunde GGD Rotterdam)

### **3. Deelnemerslijst van de invitational conference op 14 september 1999**

*Dagvoorzitter:*

- Ir. W. Dik, voorzitter Raad van Bestuur Koninklijke KPN N.V.

*Koninklijke KPN N.V.*

- Mw. C.M. van der Zalm-van Geen, directeur Branche Overheid

*Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties:*

- Drs. L.A.M. van Halder, directeur Grotestedenbeleid en interbestuurlijke betrekkingen
- Mr.dr. H.K. Fernandes-Mendes, directeur Coördinatie integratiebeleid minderheden

*Ministerie van Buitenlandse Zaken:*

- Mw. drs. A. Papineau-Salm, senior-arts

*Ministerie van Defensie:*

- Drs. W.J.M. Bunnik, directeur-generaal Personeel
- Drs. D.J. Barth, secretaris-generaal

*Ministerie van Economische Zaken:*

- Mr. drs. D.J. Bruinsma, plv. secretaris-generaal

*Ministerie van Financiën:*

- Mr. J.C. de Waard, plv. directeur-generaal

*Ministerie van Justitie:*

- Mw. drs. M.A.C. Galesloot, MBA, directeur-generaal Preventie, jeugd en sancties

*Ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij:*

- Drs. P.H. Draaisma, directeur Milieu kwaliteit en gezondheid

*Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen:*

- Drs. J.C. Stekelenburg, directeur-generaal Primair en voorgezet onderwijs
- Mw. drs. J.C. Leenhouts, directeur-generaal Beroepsopleiding en volwasseneneducatie

*Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer:*

- H.A.P.H. Pont, directeur-generaal Milieubeheer

*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:*

- Drs. P.H.B. Pennekamp, directeur-generaal Welzijn en Sport
- Mr. H. Plokker, Hoofdinspecteur Curatieve Somatische Gezondheidszorg

*Waarnemers Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:*

- Drs. P.A. Loekemeijer, hoofd van de afdeling Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
- J.M. van der Klaauw, hoofd van de afdeling Extramurale Zorg

*Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling:*

- Prof.dr. W. van Voorden, voorzitter

*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg:*

- Prof. drs. J. van Londen, voorzitter
- Drs. P. Vos, algemeen secretaris
- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten, raadslid
- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong, raadslid
- Mw. drs. R. Rodenburg, projectleider
- Mr. drs. E. Verstege, projectmedewerker
- Mw. M. van Heijningen, projectsecretaresse

*Beugeling Interim Partner*

- Mw. drs. A. Schoemaker-Beugeling, adviseur

#### **4. Deelnemerslijst van de bestuurlijke debatronde op 20 december 1999**

*Dagvoorzitter:*

- Prof. drs. J. van Londen, voorzitter RVZ

*Gastspreker:*

- H.A.P.M. Pont, directeur-generaal milieubeheer van het Ministerie van VROM

*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:*

- Drs. H. Bakkerode, raadsadviseur directeur-generaal van Welzijn & Sport

- Mw. drs. I.E. van Geest-Jacobs, Directie Voorlichting en Communicatie
- Mr. G.J.A. Hamilton, Directie Wetgeving en Juridische Zaken
- Mr. J.Th. Jonkheer, Afdeling Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
- D.C. Kaasjager, Directie geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang
- A.A.W. Kalis, Directie Gezondheidsbeleid
- Mw. drs. P.A. Loekemeijer, Afdeling Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
- Drs. C.J.M. van 't Nedereind, Directie Sociaal Beleid
- Drs. N.C. Oudendijk, Directie Curatieve Somatische Zorg
- R.P. van Putten, Directie Bestuursondersteuning
- Mw. drs. A.C. Samson, Afdeling Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
- Drs. E.H.M. Sniijders, adviseur directeur-generaal van de Volksgezondheid
- H.L. Timmer, Directie Genees- en Hulpmiddelen-voorziening
- Mr. drs. J.L.M. van Wesemael, Directie Zorgverzekeringen

*Netherlands School of Public Health*

- Drs. G. Varela Put

*Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling:*

- Drs. F. Vos

*Raad voor de Volksgezondheid en Zorg:*

- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten, raadslid
- Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong, raadslid
- Mw. R. Rodenburg, projectleider
- Drs. J. van der Velden, projectmedewerker
- Mr. drs. E. Verstege, projectmedewerker
- Drs. P. Vos, algemeen secretaris

*Beugeling Interim Partner*

- Mevrouw drs. A. Schoemaker-Beugeling, adviseur





## Bijlage 4

### Gezond en Wel

#### 1. Inleiding

Onder het thema 'Gezond en Wel' gaat de RMO in deze bijlage bij het RVZ-advies 'Gezond zonder zorg' dat het facetbeleid gezondheid behandelt, in op mogelijke achtergronden van de aan beide Raden voorgelegde adviesaanvraag (par. 2 en 3).

In die adviesaanvraag wordt een relatie gelegd tussen welzijn en gezondheid. Deze relatie wordt in deze bijlage uitgewerkt. De RMO benadert deze relatie aan de hand van de leefsituatie van burgers zoals die door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) is onderzocht en van de ervaren gezondheid in de Volksgezondheid Toekomstverkenningen van het RIVM (par. 4).

De relatie tussen welzijn en gezondheid komt ook tot uitdrukking in stukken van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voor wat betreft het welzijnsdeel wordt aandacht besteed aan de Welzijnsnota 1999-2002 met als titel 'Werken aan sociale kwaliteit' (VWS 1999b) en voor wat betreft het gezondheidsdeel komt de strategische notitie 'Versterking Public Health-beleid' (VWS 1999a) aan de orde (par. 5).

Om een antwoord te kunnen formuleren op de aan beide Raden voorgelegde vragen uit de adviesaanvraag is het van belang aandacht te besteden aan de mogelijkheden van de rijksoverheid om het beleidsvormingsproces vorm te geven in een steeds complexere samenleving (par. 6) en aan de gevolgen die dat heeft voor het facetbeleid gezondheid (par. 7).

Tot slot beantwoordt de RMO achtereenvolgens de adviesvragen (par. 8). Dit gebeurt mede op basis van de analyse in het bijgaande RVZ-advies.

#### 2. De adviesaanvraag

Het kabinet heeft in het adviesprogramma 1999 advies gevraagd aan de RVZ en de RMO gezamenlijk, over het thema 'invloeden op gezondheid en welzijn van mensen buiten cure en care'.

In de toelichting bij het adviesthema stelt het kabinet dat de verbetering van gezondheid en welzijn van de Nederlandse

bevolking niet alleen wordt beïnvloed door het beleid van de minister van VWS. Zelfs blijkt een aanzienlijk deel van invloeden op gezondheid en welzijn van mensen niet op het werkerterrein van de minister van VWS te liggen. Gegeven deze context stelt hij als belangrijke beleidsvraag:

*In hoeverre kan de minister van VWS belangrijke gezondheidsproblemen voorkomen en waar ligt meer de verantwoordelijkheid bij anderen?*

Daartoe werkt de minister van VWS aan versterking van facetbeleid, gericht op het identificeren van de belangrijkste beïnvloedbare determinanten van gezondheid en welzijn buiten het cure- en care-systeem en het bepalen van gezondheidseffecten van voorgenomen beleidsmaatregelen. Het kabinet heeft beide Raden de volgende vragen voorgelegd:

- Wat zijn de belangrijkste knelpunten (zowel inhoudelijk als bestuurlijk/politiek) voor het voeren van effectief facetbeleid dat gericht is op het bereiken van meer gezondheidswinst buiten het gangbare cure-en care-systeem?
- Welke determinanten en bijbehorende verantwoordelijke centrale en decentrale overheden, alsmede organisaties zoals sociale partners en verzekeraars, kunnen op welke wijze en in welke mate verder bijdragen aan het verbeteren van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking?
- Afhankelijk van het antwoord op vraag 1 en 2: op welke wijze zou een en ander kunnen leiden tot een andere dan de huidige toewijzing van bevoegdheden, verantwoordelijkheden en huidige beschikbaarstelling van (financiële) middelen?

In de respectievelijke werkprogramma's hebben beide Raden aangegeven op welke wijze zij met het thema en de adviesvragen zullen omgaan.

In bijlage 1 bij het RVZ-advies is de uitwerking van de RVZ weergegeven.

De RMO benadrukt in zijn werkprogramma dat het onderscheid tussen gezondheid en welzijn bij dit onderwerp niet expliciet benadrukt hoeft te worden. Immers, facetbeleid dat ten goede komt aan iemands gezondheid, bevordert tevens zijn welbevinden. En omgekeerd: beleid gericht op het verhogen van welbevinden, komt direct dan wel indirect ook ten goede aan de gezondheid van de betrokkene.

### **3. Waarom een gezamenlijke adviesaanvraag?**

De RMO vindt het van belang na te gaan welke argumenten het kabinet mogelijk heeft gehad om aan zowel de RMO als de RVZ advies te vragen over facetbeleid.

Een van de argumenten om aan beide Raden advies te vragen, kan volgens de RMO liggen in de aard van het thema en taak en werkwijze van beide Raden. Het bereiken van gezondheidswinst past binnen het beleid dat het ministerie van VWS voert met betrekking tot public health. Dit beleid is in 1995 vastgelegd in de nota Gezond en Wel. Echter veel van de aangrijpingspunten om de gezondheid te verbeteren, liggen in de sfeer van de omgevingsfactoren die veelal buiten het domein volksgezondheid vallen. In dit verband kan gedacht worden aan domeinen als welzijn, wonen, werken, verkeer en milieu. Een advisering over een dergelijk breed thema kan dan gezamenlijk plaatsvinden vanuit een sectorgebonden Raad als de RVZ en een meer intersectoraal ingestelde Raad als de RMO. De combinatie van beide invalshoeken zou tot meerwaarde kunnen leiden.

Een tweede argument kan volgens de RMO liggen in het expliciet maken dan wel het versterken van de positie van het ministerie van VWS op het terrein van public health als een directe koppeling wordt gelegd met het sociale beleid, zoals dat onder meer tot uitdrukking komt in het welzijnsbeleid, het grotestedenbeleid, het onderwijsachterstandsbeleid, het integratiebeleid van etnische minderheden en de sociale activering van langdurig werklozen.

In de (interne) 'Strategische notitie Versterking Public Health-beleid' (VWS, 1999a) stelt een taakgroep van de directies Gezondheidsbeleid en Sociaal Beleid van het ministerie van VWS in relatie hiermee, dat gezondheid en welzijn basale waarden zijn voor individuele en maatschappelijke ontwikkeling en dat veel gezondheidsproblemen op hun beurt gerelateerd zijn aan economische ontwikkeling en andere omgevingsfactoren.

Een derde argument is de wens het volksgezondheidsbeleid en het welzijnsbeleid dichter bij elkaar te brengen. Een van de producten die uit deze wens is voortgekomen is de eerder genoemde 'Strategische notitie Versterking Public Health-beleid'.

#### **4. De relatie tussen welzijn en gezondheid**

In zijn werkprogramma heeft de RMO gesteld dat het onderscheid tussen gezondheid en welzijn niet expliciet

benadrukt behoeft te worden. Wel heeft hij daarbij gewezen op de wederzijdse relatie tussen iemands gezondheid en welbevinden. Hier wordt de relatie tussen welzijn en gezondheid iets verder uitgewerkt.

Het SCP heeft een maat ontwikkeld voor de kwaliteit van de leefsituatie van burgers die men kortweg welzijnsmaat zou kunnen noemen. Die maat heeft betrekking op de volgende dimensies van welzijn: gezondheidstoestand, woonsituatie, mobiliteit, vrijetijdsactiviteiten, sociale participatie, sportbeoefening, beschikking over consumptiegoederen en vakantiedrag. Gezondheid maakt volgens het SCP dus deel uit van een maat voor welzijn. Men zou evenwel van mening kunnen zijn dat het bij gezondheid en welzijn om verschillende domeinen gaat. Dan kan men de vraag stellen hoe beide zich ten opzichte van elkaar verhouden: bestaat er een relatie tussen beide, scoort een burger met een goede gezondheid hoog op een maat voor welzijn of hebben beide scores weinig met elkaar te maken?

Het SCP heeft de oorspronkelijke welzijnsmaat ten behoeve van de RMO-bijdrage aan dit advies berekend zonder de indicatoren voor gezondheid. Van de aldus herziene maat is vervolgens de samenhang met de gezondheidstoestand vastgesteld. Tabel 1 bevat de resultaten.

Tabel 1: Samenhang tussen ‘welzijn’ (exclusief gezondheidsindicatoren <sup>1)</sup> en gezondheidstoestand (Pearson’s correlatie-coëfficiënten: \* = significant bij  $p < .01$ )

	Leefsituatie-index
Stress	.23 *
Ernstige aandoeningen	.11 *
Overige aandoeningen	.23 *
Alle aandoeningen	.24 *

<sup>1)</sup> De gezondheidsindicatoren bestaan uit somscores op een maat voor stress (VOEG-score), en op een lijst van 24 langdurige aandoeningen. Deze zijn samengevat in 2 indicatoren: één met 9 ernstige ziekten en één met de 15 overige aandoeningen.

Het blijkt dat de samenhang tussen vier afzonderlijke indicatoren voor gezondheidstoestand en de score op de welzijnsmaat groter is dan men op grond van toeval mag verwachten. Beide hangen dus met elkaar samen, ze beïnvloeden elkaar.

Welzijn en gezondheid worden ook in de omschrijving van de WHO met elkaar verbonden. De WHO ziet gezondheid namelijk als een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.

Om iets te kunnen zeggen over gezondheid is het van belang kennis te hebben van de gezondheidssituatie van mensen en de door hen ervaren gezondheid. Daarover wordt informatie verzameld door het RIVM en gepubliceerd in de Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV).

De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking wordt in de VTV beschreven aan de hand van vier typen indicatoren, namelijk:

- *Aan- of afwezigheid van ziekten en aandoeningen*: hieronder vallen indicatoren voor het vóórkomen van ziekten en aandoeningen, uitgedrukt als 'incidentie' en 'prevalentie'.
- *Functioneren en kwaliteit van leven*: hieronder vallen indicatoren als 'ervaren gezondheid', het vóórkomen van lichamelijke beperkingen, handicaps, psychisch (on)welbevinden, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid'.
- *Mortaliteit*: hieronder vallen (oorzaakspecifieke) gegevens over sterfte en daarvan afgeleide indicatoren als 'levensverwachting' en 'verloren levensjaren'.
- *Samengestelde volksgezondheidsmaten*: hieronder vallen indicatoren als de 'gezonde levensverwachting' (GLV) en de 'Disability-Adjusted Life Years' (DALY's) (RIVM 1997).

Dit betreft een objectieve maat voor het vaststellen van de gezondheid. In de ervaren gezondheid staat het subjectieve element, de beleving van de persoon van zijn gezondheid, voorop.

De ervaren gezondheid wordt in de VTV gezien als een overall maat voor de gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven. In 1994 bleek de ervaren gezondheid bij 16,9% van de mannen en 21,8% van de vrouwen minder te zijn dan goed. Van deze groepering met de minder dan 'goed' ervaren gezondheid heeft het merendeel een of meer aandoeningen. Een kleine 10% daarvan heeft geen aandoening. Van de mensen met een relatief goede kwaliteit van leven zegt een aanzienlijk deel (34-47%) één of meer langdurige aandoeningen te hebben. 60-65% van de mensen met één of meer langdurige aandoeningen geeft aan dat zij hun gezondheid als goed ervaren (RIVM, 1997).

In de VTV wordt een relatie gelegd tussen ervaren gezondheid en de leefsituatie van mensen in de vorm van

gezondheidsverschillen op grond van sociaal-demografische kenmerken en sociaal-economische status. In grote lijnen zijn het dezelfde factoren die ook bij de leefsituatie-index van het SCP worden gehanteerd. Gebleken is dat na de factor leeftijd de bijdrage van de factoren opleiding, inkomen en beroepsstatus aan de omvang van gezondheidsverschillen het grootst is (RIVM, 1997).

Samenvattend stelt de RMO vast dat er sprake is van een wederzijdse relatie tussen ervaren leefsituatie en ervaren gezondheid.

#### **5. De relatie tussen welzijns- en gezondheidsbeleid**

Ook in beleidsmatige zin is er een relatie tussen welzijn en gezondheid. De RMO tracht deze relatie in beeld te brengen aan de hand van twee nota's van het ministerie van VWS, namelijk de nota 'Werken aan sociale kwaliteit' en de 'Strategische notitie Versterking Public Health-beleid'.

In april 1999 is de Welzijnsnota 1999-2002 onder de titel 'Werken aan sociale kwaliteit' verschenen. Dit is het thema dat rechtstreeks voortvloeit uit hetgeen het kabinet zich ten doel heeft gesteld, namelijk de versterking van de sociale infrastructuur. Daaronder wordt verstaan "het geheel van organisaties, diensten en voorzieningen dat tot doel heeft individuele burgers in hun eigen omgeving de mogelijkheid van maatschappelijke participatie te bieden" (VWS, 1999b: 6).

Het bijdragen aan de sociale kwaliteit van de samenleving is de centrale doelstelling van het welzijnsbeleid. Daarvan zijn vijf afgeleide doelstellingen geformuleerd:

- de bevordering van maatschappelijke participatie via diverse gerichte maatregelen en programma's;
- het voorkomen en bestrijden van alle vormen van sociale uitsluiting;
- de noodzaak van interbestuurlijke samenwerking op het terrein van het welzijnsbeleid;
- de deelname van burgers aan en betrokkenheid bij de samenleving vereisen professionaliteit en kwaliteit van de voorzieningen en organisaties die hen ten dienste staan;
- het nauwgezet volgen via onderzoek en monitoring van in gang zijnde en in gang gezette ontwikkelingen (VWS, 1999b).

In de nota worden de maatschappelijke ontwikkelingen in perspectief geplaatst. Aandacht wordt besteed aan de huidige situatie met groeiende werkgelegenheid, met een stijgend

opleidingsniveau van de beroepsbevolking en met een toenemende zelfstandigheid en mondigheid van de burgers. Daarna wordt een schets gegeven van sociale en culturele ontwikkelingen, van economische ontwikkelingen en van de concentratie van maatschappelijke problemen in de grote steden. Vooral bij het laatste komt ook het gezondheidsaspect in beeld. Daarbij wordt gewezen op:

- Het leefklimaat, gemeten naar veiligheid en criminaliteit, is in de steden veel minder gunstig dan in de omringende randgemeenten of elders in ons land. De trefkans voor inbraak, geweld of dreiging met geweld, autokraak en diefstal van de fiets is in de vier grote steden anderhalf tot twee keer zo hoog.
- De sterftcijfers in de vier grote steden liggen boven het landelijk gemiddelde. Binnen de steden zijn voor bepaalde wijken weer soortgelijke verschillen te vinden ten opzichte van het stadsgemiddelde.
- Veel verschijnselen als onderwijsachterstand, werkloosheid, goedkope huurwoningen, hogere sterftkans en criminaliteit concentreren zich in bepaalde wijken van de grote steden (VWS 1999b).

Welzijnsbeleid staat voor investeren in mensen en voor sociaal beleid. Werk, inkomen, opleiding, gezondheid en huisvesting worden in sterke mate bepalend gevonden voor de betrokkenheid en de maatschappelijke deelname van de burgers. De 'scores' op deze factoren bepalen namelijk in hoge mate het welbevinden van mensen. Het welzijnsbeleid is er vooral op gericht burgers in gelijke mate te laten profiteren van het aanbod van diensten, voorzieningen en goederen. Daarbij gaat het er om de toegang tot dat aanbod te vergemakkelijken voor diegenen die daarvan thans nog onvoldoende profiteren (VWS, 1999b).

Op het terrein van het gezondheidsbeleid wordt hier de Strategische notitie Versterking Public Health-beleid kort behandeld. Daarin worden drie volksgezondheidsdoelstellingen en twee uitgangspunten geformuleerd, namelijk:

*Doelstellingen:*

- vermindering van vermijdbare voortijdige sterfte, ziekte en handicap;
- verbetering van de kwaliteit van leven, ook bij ziekte en ongevallen;



- vermindering van vermijdbare sociaal-economische gezondheidsverschillen.

*Uitgangspunten:*

- behouden van reeds behaalde gezondheidswinst;
- versterken van de aandacht voor gebieden met de grootst nog te behalen gezondheidswinst (VWS, 1999a).

In de notitie worden ook voorwaarden genoemd om de beoogde gezondheidswinst te kunnen boeken, namelijk:

a. op individueel niveau:

het bevorderen van gezond gedrag gedurende alle levensfasen via een determinantgebonden **BRAVO**-aanpak 'op maat': meer - sportief - **B**ewegen, minder **R**oken, minder **A**lcohol, gezondere **V**oeding, **V**eiligheid in en om het huis en **V**eilig Vrijen, voldoende **O**ntspanning, alsmede via gepast gebruik van voorzieningen.

b. op collectief niveau:

- het bestrijden van armoede;
- het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van (collectieve) preventie en zorg, met als uitgangspunt de patiënt centraal;
- het garanderen van de kwaliteit en toegankelijkheid van primaire facetvoorzieningen (onderwijs, huisvesting, arbeid);
- het garanderen van de aanwezigheid van fysieke infrastructuur ten behoeve van mobiliteit;
- het bevorderen van de leefbaarheid/veiligheid in de woon- en werksituatie;
- het garanderen van een financieel minimum bij werkloosheid en pensioen (VWS, 1999a).

Daarnaast noemt de notitie nog enkele overige voorwaarden zoals maatschappelijke participatie en individuele verantwoordelijkheid van burgers, intersectorale afstemming en samenwerking en de noodzaak van wetenschappelijk onderbouwde kennis (VWS, 1999a).

Samenvattend stelt de RMO vast dat in het welzijnsbeleid de doelstellingen en uitgangspunten in algemene termen zijn verwoord en de activiteiten bij het bevorderen van participatie en bij het voorkomen van sociale uitsluiting gericht zijn op doelgroepen. Daar worden echter geen concrete inspanningsverplichtingen aan gekoppeld.

Bij het gezondheidsbeleid blijft het evenwel onduidelijk wie deze doelstellingen moet(en) verwezenlijken en met welke

inzet van middelen (geld en mensen) dat gebeurt. Dit maakt ook het stellen van prioriteiten, zowel in financiële zin als het maken van kosten-effectiviteitsafwegingen moeilijk.

Voorts valt op dat de hierboven besproken Welzijnsnota en de Strategische notitie elkaar voor een aanzienlijk deel overlappen. Op individueel niveau treden verschillen op. Op dat niveau tracht het gezondheidsbeleid gedragsverandering te bewerkstelligen, terwijl het welzijnsbeleid vooral voorwaardenscheppend optreedt voor het individu.

## **6. De reikwijdte van overheidsbeleid**

In de Nederlandse samenleving spelen veel spelers een rol bij de totstandkoming en uitvoering van overheidsbeleid. Het terrein waarop maatschappelijke organisaties en bedrijven vorm geven aan de samenleving is groter geworden. Deze organisaties en bedrijven kunnen tegenwoordig qua kennis en soms ook qua financiële mogelijkheden wedijveren met de rijksoverheid. Dat geldt zeker voor een aantal multinationals. Ook de positie van de burger is veranderd. Nam deze vroeger genoeg met een rol als object van beleid, tegenwoordig tracht hij een volwaardig tegenspeler, in de vorm van cliëntenorganisatie of actiegroep, te zijn van overheid, maatschappelijke organisaties en bedrijven. De mogelijkheden van de overheid om de inhoud van het beleid zelfstandig te bepalen zijn als gevolg daarvan kleiner geworden. Dat geldt ook voor het welzijns- en gezondheidsbeleid.

Het overheidsbeleid opereert in zijn algemeenheid in een web van deels tegenstrijdige waarden en normen die het welzijn en de gezondheid van mensen beïnvloeden. Dit web staat in beginsel hier niet ter discussie. Toch is het van belang zich te realiseren dat bijvoorbeeld meer bewegen tot een betere gezondheidssituatie leidt, maar dat tegelijkertijd sportletsels een toename van het aantal ziekteverlofdagen en arbeidsongeschikten veroorzaken. Dat geldt op vergelijkbare wijze voor werken; enerzijds is het een zinvolle tijdsbesteding die tot een gevoel van welzijn en gezondheid leidt, maar anderzijds door de eenzijdige nadruk op betaald werken stress en overspannenheid tot gevolg kan hebben.

In het beleid van de overheid worden welzijns- en gezondheidsaspecten soms impliciet en soms ook expliciet meegewogen bij de totstandkoming en de uitvoering van dat beleid. In andere gevallen komen externe invloeden en onvoorziene neveneffecten, zowel positieve als negatieve, op

de leefsituatie van burgers en hun gezondheid pas na invoering, bij toeval of bij evaluatie van het beleid voor het voetlicht. Deze ervaringen pleiten ervoor om in het proces van totstandkoming van beleid ook met deze aspecten expliciet rekening te houden. Deze aspecten kunnen dan - op een evenwichtige wijze - worden meegewogen in de besluitvorming. In beginsel zal niemand hier tegen zijn. Waarover de meningen verdeeld zullen zijn, is de wijze waarop dat het beste kan gebeuren. Dat kan per beleidsterrein, mede gelet op de daarbij betrokken actoren, anders liggen.

Instrumenten om aspecten van beleid in kaart te brengen zijn ontwikkeld onder meer voor het facet emancipatie en voor milieu. Voor het facet gezondheid bestaat sinds enige tijd de gezondheidseffectscreening (GES) en -rapportage (GER). Dit instrument is onder meer ingezet bij de beoordeling van het tabaksbeleid.

Bij de toepassing van instrumenten doen zich vragen voor als wie zet dit instrument in, op welk moment moet dat gebeuren, is het facultatief of verplicht en wat gebeurt er met de resultaten? Deze vragen laten zich niet eenvoudig beantwoorden, omdat ze raken aan competenties van bij het beleidsproces betrokken instanties, organisaties en personen. Daarom wordt in de praktijk in toenemende mate vermeden dat een van de partijen het voortouw neemt. Soms wordt dan gekozen voor intermediaire organisaties. Deze komen in verschillende vormen voor, namelijk als platform of commissie. Soms wordt ook de vorm gekozen van een (nationaal) debat. Intermediaire organisaties werken op grond van allerlei semi-juridische constructies zoals convenanten, samenwerkingsverbanden, regierollen en effectrapportages. Het doel is het proces op gang te brengen en aan de gang te houden en competentiekwesties zoveel mogelijk buiten de deur te houden.

## **7. Gevolgen voor het facet gezondheid**

Hoewel de mogelijkheden van de overheid kleiner zijn geworden, zijn haar bijdragen aan (de bevordering van) gezondheid groot te noemen, niet alleen in restrictieve, maar ook in preventieve zin. Hierbij kan allereerst worden gedacht aan opvattingen in de samenleving over gezondheid en ziekte, maar ook aan het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, het voorkomen van stress, verkeersveiligheidsbeleid, aan beleid dat armoede bestrijdt, aan het aan het werk krijgen van langdurig werklozen, allochtonen en van mensen die zijn afgekeurd, aan het op elkaar afstemmen van arbeid en zorg,

aan het wegwerken van onderwijsachterstanden, het opsporen en bestrijden van nieuwe ziekten en aan voorschriften die gehanteerd worden bij het bouwen van woningen. Daaraan kunnen nog worden toegevoegd de invloeden van maatschappelijke organisaties en individuele burgers op gezondheid zowel in positieve als negatieve zin.

De bevordering van gezondheid is gericht op de verlenging van het leven. Dit komt tot uitdrukking in de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Deze is de afgelopen decennia sterk verbeterd, hetgeen blijkt uit de toename van de levensverwachting. Die is onder meer mogelijk geworden omdat de sterfte aan coronaire hartziekten, beroerte en longkanker is teruggedrongen (RIVM, 1997). Ook is er in het recente verleden aanzienlijke gezondheidswinst geboekt met preventie, vooral door vaccinaties, wet- en regelgeving op terreinen als veiligheid van voedsel, consumentenproducten, verkeer en arbeidsomstandigheden en door groepsgerichte aanpak als de jeugdgezondheidszorg. Nu blijken zich in de praktijk knelpunten voor te doen bij het realiseren van de theoretisch te behalen gezondheidswinst.

Ondanks het beleid ontwikkelen belangrijke risicofactoren zich ten dele ongunstig. Mensen gaan namelijk min of meer bewust gezondheidsrisico's aan om dingen te doen die zij plezierig vinden en die veelal direct van invloed zijn op hun welbevinden. Daarbij gaat het niet alleen om de toename van het aantal jonge rokers, het stijgen van het overmatig drankgebruik, de toename van risicovol seksueel gedrag, maar ook om de toename van risicovolle activiteiten zoals verre buitenlandse reizen en 'adventure-reizen' waarbij de grenzen van lichamelijke en geestelijke vermogens worden verkend. Het effect van deze ontwikkelingen is dat de resultaten achterblijven bij het maximaal haalbare. Het betreft risicofactoren waaraan een grote gedragscomponent is te onderkennen.

Als oorzaken daarvan worden veelal genoemd het onvolledig bereik van de juiste doelgroepen, de terughoudendheid van beroepsgroepen en de versnippering van activiteiten bij de voorbereiding en uitvoering van beleid (RIVM, 1997). Volgens de RMO wordt in dat verband niet genoemd dat het in de praktijk moeilijk blijkt te zijn gedrag van mensen duurzaam te veranderen. Mensen blijken in de praktijk nogal eens de voorkeur te geven aan een hoge kwaliteit van leven nu boven mogelijke gezondheidswinst in de toekomst. Dit ondanks grote inspanningen die op dat terrein zijn en worden verricht.

Wellicht komen de grenzen van te bereiken gezondheidswinst in het zicht en daarmee van de mogelijkheden om dat op die manier te bereiken. Dat laat onverlet dat de inzet op andere terreinen zoals de toepassing van de arbo-wetgeving, de inspectie van voeding en waren die op de markt worden aangeboden, moet worden voortgezet. Ook de aansprakelijkheid van producenten voor de door hen geleverde goederen zal hen scherp houden om producten te blijven verbeteren.

De RMO vindt dat het voorgaande een uitstekende kans biedt om de inspanningen op het terrein van gezondheid meer te richten op het bevorderen van kwaliteit van leven en minder op het verlengen van het leven als zodanig. Lang leven is volgens hem per definitie nog geen goed leven. Aandacht voor de verschuiving van levensverlenging naar kwaliteit van leven wordt ook aangetroffen in de VTV 1997. Dit sluit ook nauw aan bij het advies Zorgarbeid in de toekomst van de RVZ en de RMO. Zij hebben daarin erop gewezen, dat de zorg in de toekomst meer gericht moet zijn op het draaglijk maken van de gevolgen van ziekte voor de patiënt en minder op volledige genezing. De zorg zal zich ook steeds meer richten op het compenseren van tekorten zodat betrokkenen kunnen blijven deelnemen aan de samenleving (RVZ/RMO, 1999a).

#### **8. Beantwoording van de adviesvragen**

In het adviesprogramma zijn aan de RMO en de RVZ drie vragen voorgelegd. De RMO zal deze vragen hier beantwoorden mede op basis van de in het RVZ-advies Gezondheid buiten de gezondheidszorg gemaakte analyse.

De eerste vraag betreft de belangrijke knelpunten voor het voeren van effectief facetbeleid door de overheid. Onderzoeksresultaten zoals die ook in de analyse van de RVZ zijn opgenomen, laten zien dat het behalen van gezondheidswinst geen eenvoudige zaak is. De RMO acht daarom enige terughoudendheid met betrekking tot nieuwe beleidsinitiatieven gewenst. Gezondheidswinst blijkt voornamelijk nog te realiseren door gedragsveranderingen van burgers (bewegen, roken, drinken, eten en veilig vrijen). De RMO ziet daarbij als belangrijkste knelpunten:

- Het duurzaam veranderen van gedrag van vooral ook jonge mensen. Hij is van mening dat het beleid daar tegen zijn grenzen aanloopt.
- De beperkte reikwijdte van het overheidsbeleid. Naast de overheid zijn er nog vele actoren, te weten

maatschappelijke organisaties en bedrijven, die beleid voeren waaraan een gezondheidsfacet is verbonden. Dit maakt een duidelijke regie in het beleidsproces noodzakelijk.

- De keuze voor kwaliteit van leven nu in plaats van mogelijke gezondheidswinst op de langere termijn.

In de tweede vraag gaat het er over hoe en door wie de gezondheidstoestand verder kan worden verbeterd. De RMO is van mening dat de gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking kan worden verbeterd door nadrukkelijk het accent te leggen op het verhogen van de kwaliteit van leven van mensen, in plaats van op het verlengen van het leven. Deze kwaliteit van leven kan allereerst worden bevorderd door de opvattingen over gezondheid en ziek zijn te beïnvloeden. Bij gezondheid hoort volgens hem namelijk ook het vermogen om ziek te kunnen zijn en daarmee om te kunnen gaan (veerkracht, acceptatie, creativiteit en zingeving). In het verlengde daarvan dient naar het oordeel van de RMO ook een herwaardering plaats te vinden van de kwetsbaarheid en de eindigheid van het leven.

Verder denkt de RMO aan het benutten van capaciteiten van langdurig zieken en mensen met lichamelijke en geestelijke beperkingen bij het zelf vormgeven van hun bestaan. Als uitvloeisel daarvan geldt dat ook voor beslissingen over het al dan niet laten verrichten van medische handelingen en verlenen van zorg. Daarnaast kunnen cliënten van zorginstellingen bij de voorbereiding en uitvoering van beleid zowel van de overheid op de onderscheiden bestuurlijke niveaus als de professionele organisaties een rol spelen. De RMO hecht aan de autonomie van burgers. Dat geldt vanzelfsprekend ook voor degenen die van zorg afhankelijk zijn. In dat kader past een persoonsgebonden budget dat kan worden aangewend onder meer voor intra- en extramurale zorg en voor integratievoorzieningen en een dienstverleningsaanbod dat zich voegt naar de wensen van de klant. Op deze manier wordt een sluitend geheel van producten bereikt oftewel een kwaliteitsketen (RVZ/RMO, 1999b).

Bij de derde vraag staan het toewijzen van bevoegdheden en verantwoordelijkheden, en het beschikbaar stellen van financiële middelen centraal. Hoewel in de zorgsector de mogelijkheden voor patiënten- en cliëntenorganisaties aanwezig zijn om invloed te hebben op inhoud en vormgeving van het zorgaanbod, beoordeelt de RMO hun positie als

marginaal. Een versterking van het patiënten- en cliëntenperspectief acht hij noodzakelijk. In financiële zin acht de RMO het noodzakelijk, gelet ook op het voorop stellen van het verhogen van de kwaliteit van leven, dat een extra impuls wordt gegeven aan de care. Dat zou onder meer kunnen gebeuren door mensen in staat te stellen hun verzorging zelf te organiseren mede door het verruimen van het – hierboven aangestipte – persoonsgebonden budget voor de hulp- en dienstverlening in de thuissituatie en de intramurale sector.

## **9. Literatuur**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Strategische notitie Versterking Public Health-beleid. Den Haag: Ministerie van VWS, 1999a.

Ministerie van VWS. Welzijnsnota 1999-2002. Werken aan sociale kwaliteit. Den Haag: Ministerie van VWS, 1999b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg/Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling. Zorgarbeid in de toekomst. Advies over de gevolgen van demografische ontwikkeling van vraag en aanbod zorg(arbeid). Den Haag: SDU-uitgevers, 1999a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg/Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling. Verslavingszorg herijkt. Advies over een besturingsmodel voor verslavingszorg en verslavingsbeleid. Den Haag: SDU-uitgevers, 1999b.

Rijks Instituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Sociaal Cultureel Planbureau. Sociale en Culturele verkenningen 1998. Den Haag: VUGA, 1998.

## Bijlage 5

### Lijst van afkortingen

ABW	Algemene Bijstandswet
AMC	Academisch Medisch Centrum
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BiZa	Ministerie van Binnenlandse Zaken
BOPZ	Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen
B&W	College van burgemeester en wethouders
CDA	Christen Democratisch Appèl
COSBO	Centraal Overleg Samenwerkende Bonden voor Ouderen
CSCB	Commissie voor Sociaal en Cultureel Beleid
CWI	Centra voor Werk en Inkomen
DG	Directeur-Generaal
DHW	Drank en Horeca Wet
EIA	Environmental Impact Assessment
EU	Europese Unie
EVA	Effecttoetsing Voornemens Alcohol-wetgeving
EZ	Ministerie van Economische Zaken
GER	Gezondheidseffectrapportage
GES	Gezondheidseffectscreening
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
HIA	Health Impact Assessment
IAIA	International Association for Impact Assessment
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPO	InterProvinciaal Overleg
ISV	Investeringskader Stedelijke Vernieuwing
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LNV	Landbouw Natuurbeheer en Visserij
LVGGD	Landelijke Vereniging van GGD-en, tegen woordig GGD-Nederland
MER	Milieu-effectrapportage
MMK	Medische Milieukunde
MR	Ministerraad
MvT	Memorie van Toelichting
NCCZ	Nationale commissie chronisch zieken
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NSPH	Netherlands School of Public Health



OC&W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OGGZ	Openbare Geestelijke GezondheidsZorg
PvdA	Partij van de Arbeid
PP/CP	Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIAGG	Regionaal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijks Instituut Voor Milieuhygiëne
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RSCB	Raad voor Sociaal en Cultureel Beleid
SEA	Strategic Environmental Assessment
SIA	Social Impact Assessment
SEGV	Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen
SER	Sociaal Economische Raad
SES	Sociaal Economische Status
SEV	Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting
SG	Secretaris-Generaal
SOLGU	Stichting Overleg Lichamelijk Gehandicapten Utrecht
SP	Socialistische Partij
STG	Stichting Toekomstscenario Gezondheidszorg
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TK	Tweede Kamer
VINEX	Vierde Nota ruimtelijke ordening EXtra
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Volksgezondheid Welzijn en Sport
WAZ	Werken aan Zorgvernieuwing
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WSW	Wet sociale werkvoorziening
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
ZON	Zorg Onderzoek Nederland

## Bijlage 6

### Literatuur

Ankoné, A. Samenwerking ver te zoeken: interview met Rogier van Boxtel. ZetN, maart 1999, p. 4-8.

Anonymous. Samenwerken aan complete steden: minister van Boxtel gaat voor win-win-situaties. Grotestedenbeleid, oktober 1998, no. 3.

Barendregt, J.J.M., L.G.A. Bonneux en P.J. van der Maas. De medische kosten van roken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1998, no. 142, p. 787-793.

Barendregt, J.J.M. en L.G.A. Bonneux. Degenerative diseases in an aging population; models and conjectives. Enschede: Tebodruk, 1999.

Bogaard, J.H.M. van den. Determinanten van gezondheid: over-zichtstudie van de relatie tussen woonsituatie en gezondheids-beleving. GVO-rapport 113. Rotterdam: GGD Rotterdam, 1990.

Boon, M.H. Inleiding: 'motieven voor een samenhangend beleid'. In: Verslag werkconferentie 'Integrale Zorgaanpak in achterstands-wijken, Nieuwegein, 25 maart 1999. Zwolle: Landelijk Centrum Opbouw-werk, 1999.

Bos, G.A.M. van den, M.E. Lenior. Sociale ongelijkheid in chronische aandoeningen, beperkingen zorggebruik. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1991.

Bosma, M.W.M. en C.M.H. Hosman. Preventie op waarde geschat: een studie naar de beïnvloeding van determinanten van psychische gezondheid. Nijmegen: Bureau Beta, 1990.

Broer, J., B. Meyboom-de Jong en T. van der Molen. Nieuwe mogelijkheden om te stoppen met roken: actievere rol van artsen gewenst. Medisch Contact, 1999, no. 35, p. 1159-1162.

Cavelaars, A.E.J.M. Internationale vergelijkingen van sociaal-economische verschillen in gezondheidsindicatoren. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998.

Charlton, B.G. Is inequality bad for the national health?  
Lancet, 343, 1994, no. 8891, p. 221-222.

Commissie Versterking Collectieve Preventie  
Volksgezondheid. Gemeentelijk gezondheidsbeleid: 'Beter op  
zijn plaats'. Advies van de Commissie Versterking Collectieve  
Preventie (Commissie-Lemstra). Rijswijk: Ministerie van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.

Cosijn, J. Het gezonde steden project: achtergronden en  
praktijk. Assen/Maastricht: Van Gorcum/uitgeverij voor  
gezondheidsbevordering i.s.m. Steunpunt Netwerk Gezonde  
Steden, Eindhoven, 1992.

Dekker, E. en B. Wijnberg (red.) Gezondheidsbeleid: over de  
grenzen van de gezondheidszorg. Reeks gezondheidsbeleid,  
deel 1. Alphen a/d Rijn: Samson/Stafleu, 1986.

Dekker, E. en T.E.D. van der Grinten. Tien jaar facetbeleid:  
terugblik en perspectief. Tijdschrift voor Sociale  
Gezondheidszorg, 1995, no. 7, p. 484-492.

Dekker, E. en M. Stadlander. Staatssecretaris Simons wil  
preventie versterken: de notitie 'Preventiebeleid voor de  
volksgezondheid'. Medisch Contact, 1992, no. 49, p. 1445-  
1448.

Dijk, J. van, D.M. Matthesius en R. Stewart. Intersectoral  
Health Policy: the local governments blind spot? Prague:  
EUPHA, 1999.

Galjaard, H. Alle mensen zijn ongelijk: de verschillen en over-  
eenkomsten tussen mensen: hun erfelijke aanleg, gezondheid,  
gedrag en prestaties. Amsterdam: Balans, 1994.

Gepkens, A. en L.J. Gunning-Schepers. Interventies bij  
sociaal-economische gezondheidsverschillen. Nederlands  
Tijdschrift voor Geneeskunde, 138, 1994, no. 25, p. 1262-  
1264.

Gezondheidsraad. Omgeving en gezondheid: modellen,  
meningen, maatregelen: verslag van een symposium ter  
gelegenheid van het afscheid van prof. dr. L. Ginjaar als  
voorzitter van de Gezondheidsraad Den Haag, 1 april 1996,  
Ridderzaal. Rijswijk: Gezondheidsraad, 1996.

Gezondheidsraad. Committee on The Health Impact of Large Airports. Grote luchthavens en gezondheid. (Deze publicatie is een onder verantwoordelijkheid van het secretariaat van de Gezondheidsraad vertaald rapport "Public health impact of large airports"), Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.

Gooskens, J.T.A.E., N. Kornalijslijper en A.W.M. Meier. Een gezonde stad... zo doe je dat! GGD-Nieuws, oktober 1997, p. 3-7.

Groot, B.J.A. en M. Keeverling. Gezondheid en leefomgeving. GGD-Nieuws, december 1994, p. 5-8.

Goumans, M.J.B.M. Innovations in a Fuzzy Domain: Healthy Cities and (Health) Policy Development in the Netherlands and the United Kingdom. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 1998.

Gunning-Schepers, L. De Nota 2000 ter discussie. Gezondheid en beleid: notities van een waarnemer. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1987, no. 6, p. 171-172.

Herten, L.M. van, S.A. Reijneveld, M.W. de Kleijn-de Vrankrijker. Gezondheid in al haar facetten: achtergrondstudie gezondheid buiten de gezondheidszorg. Leiden: TNO Preventie en gezondheid, 2000.

Heuvel, W.J.A., M. van den Mulder en R. Sanderman. Determinanten van Gezondheid: beïnvloedingsmogelijkheden en effecten. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, vakgroep gezondheids-wetenschappen, 1995.

Houwaart, E.S. De Hygiënisten, artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890. Groningen: Historische uitgeverij Groningen, 1991.

Huurman, J.G.J. Kiemende korrels op (on)vruchtbare grond. Evaluatie ondersteuningsfunctie facetbeleid. Den Haag: s.n., 2000.

Huurman, J.G.J. De staart kwispelt met de hond. Vervolgonderzoek ex-ante toetsen. Den Haag: s.n., 2000

Inspectie voor de Volksgezondheid. Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie. Rijswijk: Inspectie voor de Volksgezondheid, oktober 1995.

Interdepartementale Commissie Harmonisatie Wetgeving (ICHW). Vooraf getoetst: een analyse van ex ante evaluatie-instrumenten bij de rijksoverheid. Eindrapport ICHW-werkgroep ex ante evaluatie instrumenten. Den Haag: ICHW, 1999.

Jansen, M. Voorkomen is beter dan genezen: gezondheidsrelevant beleid bij de rijksoverheid. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.

Joosten, J. De invloed van klasse, status en burgerschap op subjectieve gezondheid. Maastricht: Universitaire pers Maastricht, 1995.

Koeter-Kemmerling, L.G., J.P. van Dijk en L.J. Middel. Determinanten van gezondheid: inventarisatie van Nederlands onderzoek naar leefwijzen en maatschappelijke omgevingsfactoren ten behoeve van de onderzoeksprogrammering op deze terreinen. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.

Koivusalo, M. en Santalahti, P. Healthy Public Policies in Europe. Integrating health in other policies. Final Report. Helsinki: GASPP, occasional papers no. 5, 1999.

Kunst, A.E. Internationale vergelijking van sociaal-economische verschillen in sterfte. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.

Langeveld, H.M., A.H.M. Kerkhoff en H.M.N. Emanuel-Vink. Intervenieren in de determinanten van gezondheid: overwegingen vooraf. Assen: Van Gorcum, 1995.

Landelijke Vereniging voor GGD'en. Gezondheidseffectscreening milieu en gezondheid. Fase 1: ontwikkeling GES Stad & Milieu. Utrecht: LVGGD, 1998.

Loch, K. Health impact assessment. British Medical Journal, 230, 2000, p. 1395-1398.

Lucht, F. van der en J. Jansen. Beleidsafhankelijke determinanten van enkele belangrijke gezondheidsproblemen en bijbehorende beleidsactoren. Bilthoven, RIVM, 1999.

- Maas, P.J. van der. Lang zullen we leven?: over volksgezondheid, vergrijzing en vervuiling. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1989.
- Mackenbach, P. Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994.
- Mackenbach, J.P. Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 138, 1994, no. 25, p. 1259-1261.
- Mackenbach, J.P. Tackling inequalities in health. Great need for evidence based interventions. British Medical Journal, 310, 1995, p. 1152-1153.
- Meer, J.M. van der. Sociaal-economische verschillen in het gebruik van gezondheidszorg en in het beloop van gezondheidsproblemen. Amsterdam: Thesis, 1998.
- Mheen, H. van de. Ongelijkheid in gezondheid, wordt vervolgd?: een levensloopperspectief op sociaal-economische gezondheidsverschillen. Wageningen: Ponsen & van Looijen, 1998.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken. Grotestedenbeleid, Convenant Rijk - G4. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken, 1995.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond en Wel, kader van het volksgezondheidsbeleid 1995 – 1998. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voortgangsrapportage PC SEGV II, brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer inzake de voortgangsrapportage over de programmacommissie SEGV. Rijswijk: Ministerie van VWS, 19 december 1996.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hoofdpijnen adviezen Basistaken Collectieve Preventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998.

Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Stad & Milieu: 25 experimenten Stad & Milieu. Informatiemap ministerie van VROM. Den Haag: Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, januari 1999.

Ministerie van VROM, ministerie van EZ, ministerie van LNV en Ministerie van V&W. Nota Milieu en economie, op weg naar een duurzame economie. Den Haag, 1997.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Ontwerp-Kerndocument gezondheidsbeleid voor de jaren 1990 – 1995. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1987.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Werken aan Zorgvernieuwing. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Preventiebeleid voor de Volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren 90. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1992.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. 3 Jaar Zorgstad: mogelijkheden voor lokaal beleid voor chronisch zieken. Zoetermeer: NCCZ, 1997.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Kantekeningen bij de Nota 2000. Zoetermeer: NRV, 1987.

Netherlands School of Public Health. Evaluatierapport 'Ondersteuningsfunctie Facetbeleid'. Utrecht: NSPH, 1997.  
Netherlands School of Public Health. GER  
Tabaksontmoedigingsbeleid. Utrecht: NSPH, 1998.

Netherlands School of Public Health. GES  
Tabaksontmoedigingsbeleid. Utrecht, NSPH, 1997.

Netherlands School of Public Health. Rapportage Screening Rijksbegroting 1997. Utrecht: NSPH, 1997.

Netherlands School of Public Health. Samenvatting van het Evaluatierapport Ondersteuningsfunctie Facetbeleid. Utrecht: NSPH, 1997.

Nijhuis, H.G.J. Voorwaarden voor vernieuwing van public health: een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.

NIVEL. Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk'. Utrecht: NIVEL, 1998.

Otten, F.W.J. en J.J.G. Smeets. Work-Related Stress and Absenteeism in the Netherlands. International Journal of health sciences, 1995.

Paes, M. Zorg op menselijke maat: over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandsbuurtten. Serie Buurt en Gezondheid. Zwolle: Landelijk Centrum Opbouwwerk, 1999.

Platform openbare gezondheidszorg. Spelen op de winst, een visie op de openbare gezondheidszorg. Den Haag: s.n., 2000.

Putters, K. Gezondheidseffectscreening: rationele modellen in hun bestuurlijke context. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 1996.

Putters, K en T.E.D. van der Grinten. Facetbeleid en gezondheidseffectscreening: de bestuurlijke inbedding van een gezondheidskundig instrument. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1998, no. 76, p. 258-262.

Putters, K. Health Impact Assessment as an Instrument for 'Healthy Public Policies'. In: Healthy Public Policies in Europe. – integrating health in other policies. Seminar Proceedings. Helsinki: GASPP Occasional Paper, no. 6, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Met zorg wonen, deel 1: de relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting. Zoetermeer: RVZ, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Met zorg wonen, deel 2: naar nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Samenwerken aan openbare gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 1999.

Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Prioriteiten voor preventieonderzoek. Den Haag: RGO, 1996.



Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Kwaliteit in de buurt. Rijswijk: RMO, 1997.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Volksgezondheid Toekomstverkenning 1997: verslag conferentie 26 april 1995 Polmanshuis. Utrecht: S.n., 1995.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: De som der delen. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Rijksuniversiteit Groningen. Van onderzoek naar praktijk: verslag van een studiemiddag van de programmacommissie Determinanten van de gezondheid, Ede, 20 juni 1991. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, vakgroep gezondheidswetenschappen, 1992.

Roscam Abbing, E.W., L. Smits en B. Tax. Gezondheidseffect-screening: verkennend rapport en verslag van een workshop. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 1995.

Roscam Abbing, E.W. Gezondheid te vaak ondergeschikt aan economie. NRC Handelsblad, 8 april 1992.

Schaapveld, K., E.W. Bergsma, J.K.S. van Ginneken, H.P.A. van de Water. Setting priorities in prevention. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1990.

Schrijvers, C. Socioeconomic inequalities in cancer survival in the Netherlands and Great Britain: small-area based studies using cancer registry data. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1996.

Smith, D.G., J.N. Morris en M. Shaw. The independent inquiry into equalities in health: is welcome, but its recommendations are too cautious and vague. British Medical Journal, 317, 1998, p. 1465-1466.

Spermon, M. Gezond in de wijk: wijkgericht werken aan vermindering van sociaal economische gezondheidsverschillen. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 1998.

Sociaal-economische status, gezondheid en medische consumptie. S.l.: Centraal bureau voor de statistiek, 1991.

Sociale zekerheid en gezondheidszorg. Den Haag: Sociaal Economische Raad, 1999.

Stronk, K. Sociaal-economische gezondheidsverschillen: individuele keuze of sociale omstandigheden?. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 1997. Proefschrift.

Tackling inequalities in health: an agenda for action. Redactie: M. Benzeval, K Judge en M Whitehead. Kings Fund, april 1995.

Taket, R.A. Making partners, Intersectoral action for health. Proceedins and outcome of a joint working group on intersectoral action for health. Utrecht, 30 november – 2 december 1988. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.

Teng, T.O., M.E. Adams, J.S. Pliskin et al. Five-hundred lifesaving interventions and their cost effectiveness. Risk Anal, 1995, nr 15, p. 369-390.

Tuinstra, J. Health in adolescence: an emperical study of social inequality in health, health risk behaviour and decision making styles. Groningen: Stichting drukkerij Regenboog, 1998.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Gezond en Wel : Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1994-1995. No. 24 126-1, 2, 3.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Memorie van Toelichting Wijziging van de Tabakswet. Den Haag, SDU, vergaderjaar 1998-1999, No. 26 472-3.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Nota 2000. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1985-1986. No. 19 500-1, 2.

Tweede kamer der Staten Generaal. Nota over de toestand van 's Rijks Financiën. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 26 200-5.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Openbare Gezondheidszorg. Den Haag: SDU, vergadering 1998-1999. No. 26 598.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Preventiebeleid voor de Volksgezondheid. Brief aan de voorzitter van de Tweede

Kamer inzake het standpunt over het rapport 'Gemeentelijk gezondheidsbeleid beter op zijn plaats'. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1996-1997. No. 22 894-13.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1992-1993. No. 22 894-1, 3,7.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Rijksbegroting. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 26 200.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Sociale vernieuwing. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1989-1990. No. 21 455-4.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Sociale zekerheid en zorg. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1996-1997. No. 25 253-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Tijdelijke bepalingen ter stimulering en bekostiging van sociale vernieuwing (Tijdelijke wet stimulering sociale vernieuwing). Den Haag: SDU, vergaderjaar 1992-1993. No. 23 052-3.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Volksgezondheidsbeleid 1995 – 1998. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1995-1996. No. 24 126-14.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Werken aan zorgvernieuwing. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1998-1999. No. 21 545-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Wijziging van de Drank- en Horecawet. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1997-1998. No. 25 969-3, 5.

Vereniging Nederlandse Gemeenten. Gezond in de Wijk. Redactie: M. Spermon, S. Seelen en M. Bergmans. Den Haag: VNG, 1998.

Wal, M.F. van der. Etnische ongelijkheid in gezondheid bij kinderen: een epidemiologische studie binnen de jeugdgezondheidszorg van Amsterdam bij kinderen van 0 - 14 jaar.. Utrecht: s.n., 1997. Proefschrift.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Rapport Volksgezondheid. Den Haag: WRR, 1997.

Whitehead, M. en G. Hahlgren. What can we do about inequalities in health? *The Lancet*, 338, 1991, p. 1059-1063.

Winsemius, P. *Gast in eigen huis: beschouwingen over milieumanagement*. Alphen a/d Rijn: Samson Tjeenk Willink, 1986.

Zwart, W.M. de. *GES Drank- en Horeca Wet*. Trimbos Instituut in opdracht van de NSPH. Utrecht: NSPH, 1997.



## Bijlage 7

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 160170400 t.n.v. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, o.v.v het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties kost f 325,-.

#### Adviezen en achtergrondstudies

99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	20,00
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	25,00
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO-achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	20,00
99/19	Gezond zonder zorg	20,00
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	35,00
99/17	Patiënt en Internet	20,00
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting	20,00
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	40,00
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	30,00
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00
99/09	Ethiek met beleid	25,00
99/06	Technologische, juridische en ethische	25,00

	aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg	25,00
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00
98/08	Zelftests	25,00
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	10,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00

97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheids- beleid	25,00
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/01	Programmatische jeugdzorg	20,00

#### **Bijzondere publicaties**

99/08	Trendanalyse	gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00
- -	Volksgezondheid met beleid	gratis

Advies Zorgarbeid in de toekomst  
(ISBN 90-399-1535-0) 39,50

Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst  
(ISBN 90-399-1536-9) 39,50

De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te  
bestellen bij SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop  
postbus 200014, 2500 EA Den Haag,  
telefoonnummer 070 378 98 80, fax 070 378 97 83

*Werkprogramma's*



99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

*Jaarverslagen*

00/01	Jaarverslag 1999	gratis
99/01	Jaarverslag 1998	gratis
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis

*Magazines*

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50