

## GLBAAAL OVERZICHT VAN RELEVANTE SEGV BELEIDSINITIATIEVEN UIT DE RIJKSBEGROTING 2008 EN VAN HET HUIDIGE INTERDEPARTEMENTALE BELEID.

### Inleiding

Het totale onderzoek naar Integraal Gezondheidsbeleid (IGB) bestaat uit verschillende deelonderzoeken op nationaal en lokaal niveau, te weten:

Nationaal (2008):

- 1) Inzicht geven in nationale maatregelen van andere beleidsdomeinen (dan VGZ domein) met mogelijk effect op sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV)

Lokaal (2008/2009):

- 2) Inzicht geven in lokale maatregelen van andere beleidsdomeinen (dan VGZ domein) met mogelijk effect (en/of gezondheidswinst) op SEGV
- 3) In kaart brengen van succes en faalfactoren bij het toepassen van integraal gezondheidsbeleid om SEGV terug te dringen

Het globale overzicht in dit stuk bevat de eerste resultaten van het onderzoek over IGB op nationaal niveau. Het onderzoek is na overleg met het ministerie van VWS (d.d. 8 juli 2008) verder toegespitst op SEGV. De resultaten van het onderzoek op nationaal niveau worden momenteel verwerkt in een tussenrapportage verwerkt (verwacht eind oktober 2008).

### Uitwerking

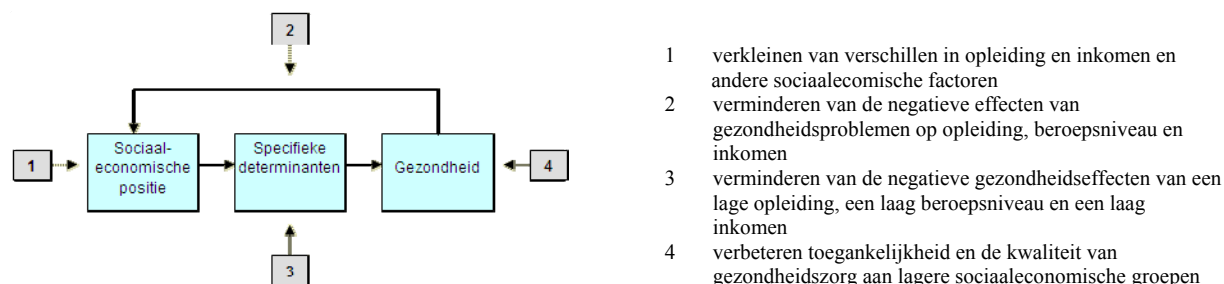
#### Onderzoek nationaal niveau

Voor het onderzoek op nationaal niveau zijn documentanalyses uitgevoerd op 7 rijksbegrotingen 2008 van verschillende ministeries. Deze zijn gekoppeld aan vier verschillende settings (wijk, werk, school en zorg), ook genoemd in de brede preventievisie van VWS. Er zijn gezondheidseffectbeoordelingen uitgevoerd met als doel te beoordelen of de beleidsinitiatieven uit de rijksbegrotingen van invloed zijn op SEGV. Deze beoordelingen zijn uitgevoerd op de rijksbegrotingen van WWI/VROM/V&W (wijk), SZW (werk), OCW (school) en VWS/Jeugd. De eerste analyses hebben betrekking op de:

- inhoud van het beleidsinitiatief
- determinanten van SEGV die worden geraakt door het beleidsinitiatief
- betrokken partijen bij het beleidsinitiatief
- raakvlakken met beleidsinitiatieven van VWS

De resultaten van dit onderzoek kunnen door het ministerie van VWS worden gebruikt om in gesprek te gaan met andere beleidsministeries ten behoeve van terugdringen SEGV.

Voor het beoordelen van verwachte effecten op SEGV is ondermeer ook gebruik gemaakt van de aangrijpingspunten volgens commissie Albeda (zie figuur 1).

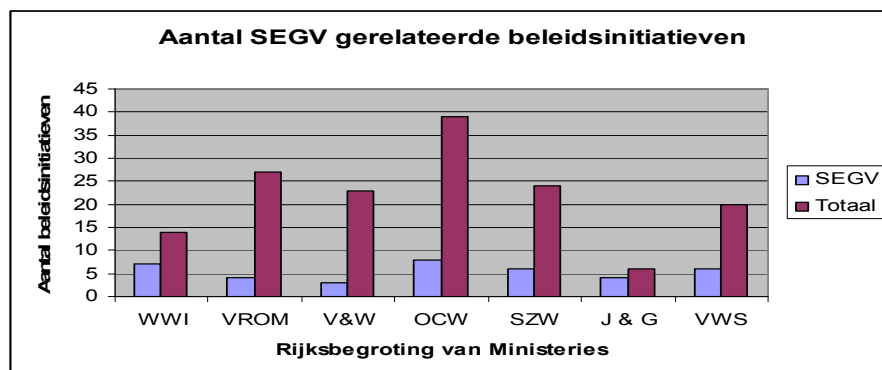


Figuur 1: Vier aangrijpingspunten voor het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen

### Resultaten

In figuur 2 staat vermeld hoeveel beleidsinitiatieven van de verschillende ministeries mogelijk gerelateerd zijn aan (sociaaleconomische) gezondheidsverschillen (SEGV). Dat betekent dat het desbetreffende beleidsinitiatief naar schatting een positief effect heeft op terugdringen van

gezondheidsverschillen (voorlopige resultaten). Verwachte effecten zijn vooral gebaseerd op documentenanalyses en beoordelingen van onderzoekers aan de hand van de vier aangrijpingspunten voor SEGV van de commissie Albeda en relaties met gezondheidsdeterminanten.



Figuur 2: Aantal SEGV gerelateerde beleidsinitiatieven

In onderstaand schema staan de meest relevante beleidsinitiatieven per ministerie. Zie verder overzichtstabel. De aard en omvang van effecten van enkele beleidsinitiatieven zijn terug te vinden in het binnenkort te verschijnen tussentijds verslag kennisvraag gezondheidsachterstanden (1.9).

#### Overzicht mogelijk relevante SEGV beleidsinitiatieven

Rijksbegroting	Mogelijk relevante SEGV beleidsinitiatieven
WWI (7 v/d 14)	Actieplan krachtwijken Maatwerk GSB Garanderen en bevorderen duurzame kwaliteit Betaalbaarheid huurwoningen en evenwichtige verdeling Betaalbaarheid woningen lage inkomensgroepen Afronding inburgeringtrajecten Vergroten maatschappelijk participatie
VROM (4 v/d 27)	Stedelijk gebied verder ontwikkelen Saneren verontreinigde bodems Verbeteren van de lokale luchtkwaliteit Verminderen geluidshinder
V&W (3 v/d 23)	Aantal verkeersslachtoffers op de weg verminderen Netwerk decentraal/regionaal vervoer Leefomgeving hoofdwegen
OCW (8 v/d 39)	Hoge kwaliteit bo en vo (taal en rekenonderwijs) Passend onderwijs bij specifieke behoeften Beter aanbod van sluitende voorzieningen (brede scholen) Leeraanbod gericht op sociale en maatschappelijke vaardigheden (ontwikkelkansen) Minder voortijdig schooluitval Waarborgen financiële toegankelijkheid onderwijs minder draagkrachtige ouders Harmonisatie regelgeving kinderopvang en peuterspeelzalen (o.a. taalachterstanden) Het stimuleren en ondersteunen emancipatieproces in de samenleving
SZW (6 v/d 24)	Het bereiken van evenwichtige inkomensverdeling In stand houden en verbeteren van financiële prikkels voor werkaanvaarding Wegnemen van factoren die arbeidsparticipatie speciale groepen belemmeren Bevorderen dat bedrijven een verantwoord arbeidsomstandigheden- en verzuimbeleid voeren Zorgdragen voor toereikende middelen voor inkomensaanvulling tot minimumniveau Ondersteuning bij het verkleinen van de afstand tot regulier werk van personen die dat niet op eigen kracht kunnen
Jeugd en Gezin (4 v/d 6)	Financiële tegemoetkoming in opvoeden en onderhouden kinderen Laagdrempelige ondersteuning bij opgroeien, opvoeden en verzorgen Kinderen hebben een gezonde leefstijl en zijn actief betrokken bij hun leefomgeving Intensief scholingstraject om jongeren terug te leiden naar werk of school
VWS (6 v/d 20)	Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl Doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere gezondheid Zorgaanbieders realiseren het door de burger gewenste zorgaanbod Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden Meer mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid Via sport ontmoeten mensen elkaar, doen mee en gaan respectvol met elkaar om

## Overzicht relevante beleidsinitiatieven voor **SEGV** uit de zeven rijksbegrotingen

De relevante beleidsinitiatieven voor SEGV zijn beoordeeld aan de hand van de vier aangrijpingspunten van de commissie Albeda: 1. Sociaaleconomische positie (opleiden, werk en inkomen), 2. Specifieke determinanten zoals woon, werk, leef en leeromgeving, 3. Effecten van gezondheid op de SES van mensen en 4. Toegankelijkheid en kwaliteit zorg SES groepen. Echter niet alle beleidsinitiatieven hebben lage SES en/of alloctonen ook opgenomen als specifieke doelgroep.

Rijksbegroting	Relevante beleidsinitiatieven SEGV	Doel beleidsinitiatief	Doelgroep	Aan-grijpings punt	Voorbeelden van instrumenten/producten	Betrokken partijen	Raakvlakken beleidsinitiatieven VWS
<b>Wonen, Wijken en Integratie (WWI)</b>							
1. (zie verbeteren woonomgeving in achterstandswijken ook KV 1.9)	Actieplan krachtwijken	Realiseren van vitale prettige woon, werk, leer, en leefomgeving over 8 tot 10 jaar	Lage SES	1 + 2	- Stimuleren, faciliteren en monitoren (o.a. uitvoering wijkactieplannen) - Beleidsontwikkeling (o.a. onderzoek naar effectiviteit wijkaanpak)	WWI, gemeenten, bewoners, professionals, bestuurders maatschappelijke organisaties, woningcorporaties	Mensen kiezen voor een gezonde leefstijl Verbeteren toegankelijkheid voorzieningen en realiseren professionele ondersteuning Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid
2. (zie verbeteren woonomgeving in achterstandswijken ook KV 1.9)	Maatwerk GSB	Verbeteren van objectieve en subjectieve veiligheid, kwaliteit van de leefomgeving, sociale kwaliteit van de samenleving, binden midden- en hogere inkomens aan de stad en vergroten economische kracht	Lage SES	1 + 2	- Stimuleren, faciliteren en monitoren (o.a. financiële bijdragen, leefbaarheidmonitor) - Beleidsontwikkeling en onderzoek (voorbereiden nieuwe arrangementen stedelijk beleid)	WWI, GSB gemeenten, bewoners, marktpartijen	Mensen kiezen voor een gezonde leefstijl
5. (zie kwaliteit woningen door beter binnenmilieu KV1.9)	Garanderen en bevorderen duurzame kwaliteit	Garenaderen van minimum bouwtechnische eisen en gebruikstechnische kwaliteit van woningen en gebouwen op het gebied van veiligheid, gezondheid, bruikbaarheid en energiezuinigheid bij nieuwbouw en renovatie	Woonconsumenten	2	- Garanderen kwaliteit via woningwet en bouwbesluiten, gezondheidskwaliteit woningen - Verbeteren bouwtechnische kwaliteit - Bevorderen energiebesparing gebouwde omgeving	WWI, VROM, gemeenten, woningbouwcorporaties, bedrijven in bouwpraktijk	Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen
6.	Betaalbaarheid huurwoningen en evenwichtige verdeling	Garanderen betaalbare huurwoningen voor alle huishoudens die daar zelf door inkomenssituatie niet zelf in kunnen voorzien, waarbij rekening wordt gehouden met een evenwichtige verdeling van schaarse huurwoningen	Lage SES	1 + 2	- Huurbeleid - Uitvoeringswet Huurprijzen woonruimte - Herzien huisvestingswet	WWI, vergunninghouders, gemeenten, woningbouwcorporaties	

Rijksbegroting	Relevante beleidsinitiatie van SEGV	Doel beleidsinitiatief	Doelgroep	Aan-grijpings punt	Voorbeelden van instrumenten/producten	Betrokken partijen	Raakvlakken beleidsinitiatieven VWS
7.	Betaalbaarheid lage inkomensgroepen	Garanderen van betaalbaarheid van het zelfstandig wonen voor alle bevolkingsgroepen en het effect van stijgende woonlasten voor specifieke groepen te beperken	Lage inkomensgroepen Starters	1	- Aanpassing wet op de huurtoeslag - Huurprijsstoetsingen - Maatregelen voor starters op de koopwoningenmarkt	WWI, vergunninghouders, gemeenten, woningcorporaties	
9.	Afronding inburgeringstraject en tbv sociale integratie	Het actiever betrekken van oud-en nieuwkomers bij de samenleving, door verbeteren Nederlandse taal en kennis van de Nederlandse samenleving bij deze groep	Oud- en nieuwkomers Lage SES	1	- Deltaplan inburgering - Aanbod inburgeringvoorzieningen - Financiële ondersteuning inburgeringcursussen	WWI, gemeenten	Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden
10.	Vergroten maatschappelijk participatie	Het verkleinen van de economische, sociale en culturele afstand tussen allochtonen en autochtonen door vergroten van gemeenschappelijke economische, sociale en culturele participatie	Allochtonen	1 + 2	- Stimuleringsregeling Ruimte voor Contact - Actieprogramma diversiteit in jeugdbeleid - Project Duizend en een Kracht (emancipatie/participatie vrouwen etnische minderheden) - Landelijk netwerk antidiscriminatie voorzieningen - Inzet maatschappelijke organisaties	WWI, Jeugd en Gezin, gemeenten, maatschappelijke organisaties	Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden
<b>Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM)</b>							
2.  (zie verbeteren woonomgeving in achterstandswijken ook KV 1.9)	Stedelijk gebied verder ontwikkelen	Verbeteren van de leefbaarheid in de steden en de sociaal-economische positie van steden, het versterken van bereikbare en toegankelijke recreatievoorzieningen in en rond steden, het versterken kracht en diversiteit van economische kerngebieden en stedelijke netwerken	Alle burgers in steden	1 + 2	- Programma mooi Nederland (hoogwaardig ruimtegebruik wonen en werken binnenstedelijk gebied) - Urgentieprogramma Randstad - Nota Ruimte (integrale gebiedsontwikkeling)	VROM, gemeenten, marktpartijen, bedrijven (MKB)	Mensen kiezen voor een gezonde leefstijl Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden
9.	Saneren verontreinigde bodems	Wegnemen gezondheidsrisico's en door aanwezigheid van bodemverontreiniging mag er geen stagnatie optreden in gewenste ontwikkelingen, zoals het beleid 'van aandachtswijk naar krachtwijk'	Alle burgers (burgers specifiek uit aandachtswijken)	2	- Wet- en regelgeving bodemsanering - Subsidies stedelijke vernieuwing en wet bodembescherming	VROM, WWI, gemeenten	
13.	Verbeteren van de lokale luchtkwaliteit	Voorkomen van schadelijke effecten van luchtverontreiniging	Alle burgers	2 + 3	-Wet- en regelgeving, zoals Wet luchtkwaliteit, Wet RO - Europese emissienormstelling - Subsidie luchtkwaliteit	VROM, lokale overheden, EU	

Rijksbegroting	Relevante beleidsinitiatieven SEG	Doel beleidsinitiatief	Doelgroep	Aan-grijpings punt	Voorbeelden van instrumenten/producten	Betrokken partijen	Raakvlakken beleidsinitiatieven VWS
14.	Verminderen geluidshinder	Voorkomen en bestrijden overmatige geluidsniveaus	Alle burgers	2 + 3	- Uitvoeren en ontwikkelen Wet geluidshinder en milieubeheer - Subsidies voor sanering verkeerslawaaï	VROM, lokale overheden	
<b>Verkeer en Waterstaat (V enW)</b>							
5.	Aantal verkeersslachtoffers op de weg verminderen	Het terugdringen van maatschappelijk leed en kosten als gevolg van verkeersongevallen	Verkeersdeelnemers	2	- Algemene strategie- en beleidsontwikkeling tbv veiligheid op de weg (tweede fase 'Duurzaam Veilig') - Vereisten voertuig/technologie - Gedragsbeïnvloeding (veilig verkeersgedrag) - Aanpassingen weg infrastructuur (veilige wegen)	V en W, VROM, regionale en lokale overheden, verkeersdeelnemers, marktpartijen	Mensen kiezen voor een gezonde leefstijl (alcoholgebruik/drugs/lichamelijke activiteit) Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen
15.	Netwerk decentraal/regionaal vervoer	Het realiseren van een goede bereikbaarheid binnen de economische kerngebieden in Nederland, om de bereikbaarheid van deur tot deur te verbeteren en ervoor te zorgen dat bedrijven en burgers zelf in staat zijn in hun mobiliteitsbehoefte te voorzien	Alle burgers	2	- Samenwerking tussen Rijk en decentrale overheden (o.a. vastgelegd in nota Mobiliteit verkeersveiligheid, gratis of goedkoop OV ouderen) - Stimulering decentrale overheden, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties (o.a. effectiever gebruik infrastructuur, vervoermiddelen, stimuleren fietsbeleid en fiets omstandigheden) - Stimuleren toegankelijk OV, taxi en marktwerking OV	V en W, VROM, regionale en lokale overheden, bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, marktpartijen (OV, taxi), Inspectie	Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden Verbeteren toegankelijkheid voorzieningen en realiseren professionele ondersteuning
20.	Leefomgeving hoofdwegen	Het verminderen van uitstoot van schadelijke stoffen en CO <sup>2</sup> , verbeteren lokale luchtkwaliteit, terugdringen te hoge geluidsbelastingen door wegvervoer en oplossen knelpunten door hoofdwegen en ecologische hoofdstructuur	Omwonenden hoofdwegen	2	- Investeringsimpuls voor innovatie (o.a. schone motorbrandstoffen, voertuigen) - Maatregelen klimaatbeleid personenvervoer (project schoon en zuinig) en lokale luchtkwaliteit (aanpak fijnstof en stikstofdioxide) - Geluidsreducerende oplossingen (aanpak geluid) en duurzaam (daling emissies) wegvervoer	V en W, VROM, LNV, regionale en lokale overheden	Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid (gezonde leefomgeving van belang)

Rijksbegroting	Relevante beleidsinitiatieven SEG	Doel beleidsinitiatieven	Doelgroep	Aan-grijpings punt	Voorbeelden van instrumenten/producten	Betrokken partijen	Raakvlakken beleidsinitiatieven VWS
<b>Onderwijs, Cultuur en Wetenschap</b>							
2.  (zie taalachterstanden ook KV 1.9)	Hoge kwaliteit onderwijs (taal en rekenonderwijs)	Het streven naar kwalitatief goed onderwijs, waarin centraal staat zichtbare verbeteringen in taal en rekenen en scholen en leraren leren van elkaar	Leerlingen <i>Lage SES</i>	1 + 2	- Ontwikkeling taal- en rekenonderwijs (verbeteren taal en rekenen) - leer- en hulpmiddelen - Zeer zwakke scholen (kwaliteitsverbetering) - Innovatie- en kwaliteitsprojecten	OCW, scholen, leerlingen, ouders, schoolleiders, gemeenten, brancheorganisatie, maatschappelijke organisaties, bedrijven	Mensen kiezen voor een gezonde leefstijl (koppeling met gezonde schoolomgeving)
3.  (zie voorkomen dat kinderen wegens ziekte minder kans hebben opleiding af te maken ook KV 1.9)	Passend onderwijs bij specifieke behoeften	Het in stand houden van een stelsel van speciale basisscholen en speciaal onderwijs voor kinderen met leerproblemen, grote leerachterstanden of met handicap of stoornis	<i>Leerlingen met achterstand en of moeilijkheden</i> Leerlingen met handicap of stoornis	1 + 2 + 3	- Passend onderwijs (o.a. passend onderwijszorgaanbod, preventie en adequate ondersteuning, onderwijsconsulenten) - Onderwijsachterstandenbeleid (o.a. voor- en vroegschoolse educatie VVE in probleemwijken en plattelandsgemeenten) - Veiligheid op school (o.a. opvang risicoleerlingen, schoolmaatschappelijk werk)	OCW, scholen, gemeenten, centrum school en veiligheid, VWS, SZW	
4.  (zie brede scholen ook KV 1.9)	Beter aanbod van sluitende voorzieningen	Het vergroten van ontwikkelkansen door meer samenhang in voorzieningen voor 0-12 jarigen te realiseren (zoals scholen, opvang- en zorginstellingen, sport en cultuuraanbieders en mede-overheden)	Leerlingen <i>po</i> <i>Leerlingen met achterstand en of moeilijkheden</i>	1 + 2	- Brede scholen (m.n. in 40 krachtwijken) - Dagarrangementen en combinatiefuncties (regelingen voor doorlopend aanbod opvang, onderwijs en activiteiten) - Tussen- en buitenschoolse opvang	OCW, scholen, schoolbesturen, gemeenten, sportorganisaties, cultuuraanbieders, WWI	Mensen kiezen voor een gezonde leefstijl Optimale benutting en inzet van vrijwilligers Meer mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid Via sport ontmoeten mensen elkaar, doen mee en gaan respectvol met elkaar om
9.	Leeraanbod gericht op sociale en maatschappelijke vaardigheden	Het stimuleren om leerlingen niet alleen een diploma te behalen, maar zich ook ontwikkelen tot volwassen en zelfstandige mensen	Leerlingen vo	1 + 2	- Maatschappelijke stage (kennismaken en bijdragen aan de samenleving) - Brede scholen (verbindingen sport- en cultuurfuncties, combinatiefuncties)	OCW, scholen, bedrijven, gemeente, sportorganisaties, cultuuraanbieders, WWI	Mensen kiezen voor een gezonde leefstijl Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden



Rijksbegroting	Relevante beleidsinitiatie van SEGV	Doel beleidsinitiatief	Doelgroep	Aan-grijpings punt	Voorbeelden van instrumenten/producten	Betrokken partijen	Raakvlakken beleidsinitiatieven VWS
<b>Sociale Zaken en Werkgelegenheid</b>							
1.  (zie verstrekken tegemoetkomingen o.a. sport ook KV 1.9)	Het bereiken van evenwichtige inkomensverdeling	Realiseren van een evenwichtige inkomensverdeling en bescherming van de inkomenspositie van groepen zonder perspectief op de arbeidsmarkt, huishoudens met kinderen en middeninkomens	<i>Kwetsbare groepen</i> Huishoudens met kinderen Middeninkomens	1	- Generiek koopkrachtbeeld in de vorm van standaard koopkrachtoverzicht - Specifiek koopkrachtbeeld (o.a. reparatie koopkracht ouderen, sociale minima en werkenden, fiscale kinderkorting)	SZW, financiën	
2.	In stand houden en verbeteren van financiële prikkels voor werkaanvaarding	Bijdragen aan een activerend inkomensbeleid	Inkomensgroepen die door hogere arbeidsparticipatie hun inkomen verbeteren	1	- Armoedevaltoets met onderscheid tussen werkloosheidsval, herintrederval en de deeltijdval (o.a. kindergebonden budget, aanpassing huurtoeslag, koopkrachtmaatregelen)	SZW, financiën, bedrijven, werkgevers	Actieve participatie in maatschappelijke verbanden
4.	Wegnemen van factoren die arbeidsparticipatie speciale groepen belemmeren	Het voorkomen dat arbeidsparticipatie van specifieke groepen achterblijft (in aanvulling op en ter versterking van het algemene arbeidsmarktbeleid)	Ouderen Jongeren <i>Etnische minderheden</i> <i>Allochtone vrouwen</i>	4	- Tijdelijke subsidieregelingen stimuleren leeftijdsbewust beleid - Communicatietraject olv Grijs Werkt - Actieplan terugdringen werkloosheid 45+ - Maatregelen voor diversiteitsbeleid (activiteiten gericht op iedereen doet mee, etnische minderheden, allochtone vrouwen)	SZW, bedrijven, financiën, werkgevers, arbeidsinspectie	Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl
9.	Bevorderen dat werkgevers/werknemers in bedrijven een verantwoord arbeidsomstandigheden- en verzuimbeleid voeren	Het bevorderen dat werkgevers en werknemers in bedrijven een efficiënt en effectief arbeidsomstandighedenbeleid voeren, maar ook stimuleren eigen verantwoordelijkheid hierin	Werknemers Werkgevers	2 + 3	- Herzien arbeidsomstandighedenwet en –regelgeving - Standpunt mbt eigen verantwoordelijkheid - Volgen en onderzoeken van maatschappelijke trends, zoals effecten van arbeidsomstandigheden en verzuimbeleid - Subsidie/regelingen, communicatie en voorlichting	SZW, werkgevers, arbeidsinspectie	Het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl Meer mensen bewegen en sporten meer voor hun gezondheid



Rijksbegroting	Relevante beleidsinitiatieven SEGV	Doel beleidsinitiatief	Doelgroep	Aan-grijpings punt	Voorbeelden van instrumenten/producten	Betrokken partijen	Raakvlakken beleidsinitiatieven VWS
16.	Zorgdragen dat toereikende middelen worden verstrekt aan gemeenten voor inkomensaanvulling tot minimumniveau	Het voorkomen van <i>inkomensverlies</i> tot onder het niveau van het sociaal minimum en om personen zo spoedig mogelijk <i>zelfstandig</i> in het eigen levensonderhoud te laten voorzien.	Burgers met inkomensverlies tot onder het sociaal minimum	1	- De wet werk en bijstand (WWB) - Het inkomensdeel van de WWB	SZW, gemeenten	
18.  (zie wegnemen gezondheidsbarrières ook KV 1.9)	Ondersteuning bij het verkleinen van de afstand tot regulier werk van personen die dat niet zelf kunnen	Re-integratiebeleid gericht op uitstroom uit werkloosheid naar regulier werk van uitkeringsgerechtigden met grote afstand tot regulier werk	Werkzoekenden	1	- Flexibel re-integratiebudget - Wet- en regelgeving	SZW, UWV, CWI, werkgevers	Actieve participatie in maatschappelijke verbanden
<b>Jeugd en Gezin</b>							
1.	Financiële tegemoetkoming in opvoeden en onderhouden kinderen	Het ondersteunen van gezinnen met een financiële tegemoetkoming in de kosten om kinderen op te voeden en te onderhouden	Gezinnen met kinderen, specifiek <i>lagere inkomenssegmenten</i>	1	- Inkomensafhankelijke tegemoetkoming op grond van Algemene Kinderbijslagwet - Inkomensafhankelijke tegemoetkoming op grond van Kindgebonden budget (inkomensondersteuning voor lagere inkomenssegmenten)	Jeugd en Gezin, SZW	Via sport ontmoeten mensen elkaar, doen mee en gaan respectvol met elkaar om (koppeling tegemoetkoming in kosten om te sporten)
2.  (zie versterken van de JGZ voor risicogroepen ook KV 1.9)	Laagdrempelige ondersteuning bij opgroeien, opvoeden en verzorgen	Het ondersteunen van het gezin op het moment dat een gezin en de sociale omgeving onvoldoende in staat blijken de opvoedingsvragen te beantwoorden, de problemen het hoofd te bieden en/of wanneer gezondheid of veiligheid in het geding is	Ouders en verzorgers Kinderen	2 + 4	- Centra voor Jeugd en Gezin, en werken met bewezen effectieve interventies - Elektronisch Kinddossier Jeugdgezondheidszorg - Zorg- en adviesteams (ZAT's); signalering, informatieuitwisseling tussen voorzieningen - Helpdesk Privacy Jeugd en Gezin	Jeugd en Gezin, Centra Jeugd en Gezin, OCW, gemeenten	Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl Via sport ontmoeten mensen elkaar, doen mee en gaan respectvol met elkaar om Zorgaanbieders realiseren het door de burger gewenste aanbod
3.	Kinderen hebben een gezonde leefstijl en zijn actief betrokken bij leefomgeving	Het voeren van krachtig preventiebeleid op <i>alcohol, drugs</i> en <i>voeding</i> . De onderwerpen <i>alcohol, drugs, goede voeding</i> en <i>overgewicht</i> worden beter in samenhang behandeld	Kinderen	2	- Campagne Alcohol en opvoeding - Stimuleren jongeren tot vrijwilligerswerk - Stimuleren dat jongeren politiek en maatschappelijk meer gaan participeren	Jeugd en Gezin, OCW, gemeenten	Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl

Rijksbegroting	Relevante beleidsinitiatieven SEGV	Doel beleidsinitiatief	Doelgroep	Aan-grijpings punt	Voorbeelden van instrumenten/producten	Betrokken partijen	Raakvlakken beleidsinitiatieven VWS
6.	Intensief scholingstraject om jongeren terug te leiden naar werk of school	Het aanbieden van een intensief scholingstraject voor jongeren die niet naar school gaan of werk hebben (om andere redenen dan ziekte of verzorging)	Jongeren met gebrek aan diploma's of werkervaring	1 + 2	- Landelijke invoering van campussen die gericht zijn op scholing en/of arbeidstoeleiding	Jeugd en Gezin, scholen, bedrijven, Justitie, OCW, WWI	Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden
<b>Volksgezondheid, Welzijn en Sport</b>							
1.  (zie bevorderen gezonde leefstijl bewoners achterstandswijken KV 1.9)	Meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl	Bevorderen gezond leven door ontmoedigen roken, alcoholgebruik en bevorderen gezonde voeding en meer bewegen	Alle burgers	2	- Uitvoeren programma tabaksontmoediging - Nationaal actieplan sport en bewegen - Leefstijlcampagne's - Gezonde school - Drank en Horecawet	VWS, VROM, WWI, OCW, JenG, VenW, sportorganisaties, marktpartijen, bedrijven	VROM: stedelijk gebied WWI: actieplan krachtwijken, maatwerk GSB OCW: beter aanbod sluitende voorzieningen JenG: laagdrempelige ondersteuning bij opvoeden, kinderen hebben gezonde leefstijl en actief betrokken bij omgeving VenW: aantal slachtoffers op de weg verminderen (alcohol en drugs)
5.  (zie vergroten toegankelijkheid zorg voor mensen in achterstandswijken ook KV 1.9)	Doelmatig systeem van openbare gezondheidszorgvoorzieningen dat bijdraagt aan een betere gezondheid	Bijdragen aan een goede volksgezondheid en anticiperen op dreigende VGZ problemen door een goed systeem van openbare gezondheidszorg te creëren en in stand te houden, evenals goed aansluiten keten preventie en zorg	Alle burgers <i>(ook in achterstands wijken)</i>	4	- Effectieve landelijke, regionale en lokale voorzieningen van OGZ - Goede preventie en zorg voor specifieke bevolkingsgroepen (GSB, actieplan krachtwijken ter vermindering gezondheidsproblemen in aandachtswijken) - Verbeterde paraatheid van zorgvoorzieningen voor grootschalig optreden bij crisis en rampen (Centrum voor Gezondheid en Milieu)	VWS, WWI, gezondheidszorgorganisaties, Centrum Gezondheid en Milieu, gemeenten	WWI: actieplan krachtwijken, maatwerk GSB
8.	Zorgaanbieders realiseren door de burger gewenste aanbod	Het ervoor te zorgen dat de burger de zorg krijgt waar hij conform het verzekerde pakket recht op heeft, zorgaanbieders worden aangezet tot het leveren van een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg (veilig en toegankelijk)	Alle burgers	4	- Kwaliteit en veilig aanbod - Toegankelijk aanbod (wijk/buurtgericht Eerstelijnszorg om zorg en voorzieningen beter af te stemmen op de behoeftes van de lokale populatie)	VWS, WWI, gezondheidszorgorganisaties, gemeenten	WWI: actieplan krachtwijken

Rijksbegroting	Relevante beleidsinitiatieven SEG	Doel beleidsinitiatief	Doelgroep	Aan-grijpings punt	Voorbeelden van instrumenten/producten	Betrokken partijen	Raakvlakken beleidsinitiatieven VWS
14.	Actieve participatie van burgers in maatschappelijke verbanden	Stimuleren participatie van burgers in de samenleving. Burgers gaan verbindingen met elkaar aan en er ontstaan sociale verbanden.	Alle burgers	1 + 2	- Ondersteunen en stimuleren vernieuwing gemeentelijk WMO-beleid - Verbeteren maatschappelijke participatie en sociale samenhang (leefbaarheid)	VWS, gemeenten, WWI, maatschappelijke organisaties	WWI: actieplan krachtwijken, vergroten maatschappelijke participatie V&W: netwerk decentraal/regionaal vervoer (oa. gratis OV) VROM: stedelijk gebied (leefbaarheid en toegang voorzieningen) J&G: kinderen gezonde leefstijl in gezonde omgeving, intensief scholingstraject SZW: arbeidsmarkt
18.	Mensen sporten en bewegen meer voor hun gezondheid	Stimuleren dat mensen meer sporten en bewegen en minder mensen inactief zijn, en dat mensen op een gezonde en verantwoorde manier aan sport doen	Alle burgers	2	- Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (subsidies om gezonde lichaamsbeweging te stimuleren en inactiviteit tegen te gaan) - Bewegen op Recept (BOR)	VWS, gemeenten, sportorganisaties, gezondheidszorgorganisaties, OCW, Jeugd en Gezin, WWI	WWI: actieplan krachtwijken VROM: stedelijk gebied OCW: beter aanbod sluitende voorzieningen
19.	Via sport ontmoeten mensen elkaar, doen mee en gaan respectvol met elkaar om	Het doel is sport een bindende factor te laten zijn in de samenleving, waardoor aspecten als gezondheid, veiligheid, ontwikkelen wederzijds respect, integratie en maatschappelijke binding bijeen komen	Alle burgers (specifiek <i>allochtone jongeren</i> )	2	- Bevorderen deelname sportactiviteiten lokaal niveau (o.a. specifieke uitkeringen) - Aantrekkelijk maken van verenigingen voor grote groepen sporters en vrijwilligers - Deelname allochtonen jongeren in de samenleving dmv sport (o.a. subsidies) - Sportief gedrag van mensen en het respecteren van spelregels (o.a. subsidies)	VWS, gemeenten, sportorganisaties, OCW, Jeugd en Gezin, WWI	WWI: actieplan krachtwijken J&G: gezin en inkomen OCW: beter aanbod sluitende voorzieningen

## ANALYSE VAN VERSCHILLEN IN GEZONDHEID EN ZORGGEBRUIK VAN ALLOCHTONEN.

De Nederlandse bevolking bestaat voor circa 20% uit allochtonen. Iets minder dan de helft zijn westerse allochtonen, waarvan de grootste groep uit Indonesië en Duitsland komt. De anderen allochtonen zijn niet-westerse allochtonen, de grootste groepen zijn Turken, Surinamers en Marokkanen.

	<i>Nederland</i>	<i>%</i>	<i>40 krachtwijken</i>
Totaal westerse allochtonen in 2008	1.449.686	8,8%	9,6%
<i>waaronder</i>			
- Indonesië	387.124	2,4%	
- Duitsland	379.610	2,3%	
Totaal niet-westerse allochtonen in 2008	1.765.730	10,8%	36,6%
<i>waaronder</i>			
- Turkije	372.714	2,3%	8,6%
- Suriname	335.799	2,1%	9,0%
- Marokko	335.127	2,0%	7,4%
- Nederlandse Antillen & Aruba	131.841	0,8%	2,5%

Bron CBS, WBO 2002, WoON 2006

Etniciteit verwijst naar een geografische dan wel etnische herkomst. Deze herkomst correleert met mogelijke lichamelijke, mentale, sociale en maatschappelijke eigenschappen of kenmerken die van invloed zijn op leefwijze, leefomgeving, (perceptie en ervaring van) ziekte en gezondheid en zorgvraag. Het is dus een begrip dat refereert aan een combinatie van biologische en genetische factoren met een scala aan sociaal-culturele invloeden. Dat maakt het uiteenrafelen van oorzaak en gevolg van gezondheidsverschillen complex en het vinden van een eenduidig verband tussen gezondheid en afkomst lastig.

Ontegengesteld hangt het vraagstuk van etnische gezondheidsverschillen samen met sociale en economische ongelijkheid. Een deel van de gezondheidsklachten van niet-westerse allochtonen kan worden teruggevoerd op sociaaleconomische factoren. Het is daarom van belang om dwarsverbanden tussen deze twee probleemvelden aan te brengen. Echter, hoe belangrijk dit verband ook mag zijn, van een volledige overlap is geen sprake, etnische diversiteit is ook een autonome factor. Dit blijkt ook uit de verschillen in gezondheid tussen etnische groepen onderling. Etniciteit speelt een onafhankelijke rol, zowel bij ziekte en sterfte als bij gezondheid.

### Gezondheidstoestand allochtonen

Tussen enerzijds de autochtone en westerse allochtone Nederlanders en anderzijds de niet-westerse allochtone Nederlanders bestaan verschillen in de (ervaren) gezondheid. De gezondheid van niet-westerse allochtonen<sup>1</sup> is over het algemeen minder goed. Echter Marokkanen hebben op hogere leeftijd een lagere sterftkans dan autochtonen. Ook *binnen* deze groep zijn verschillen in gezondheid.

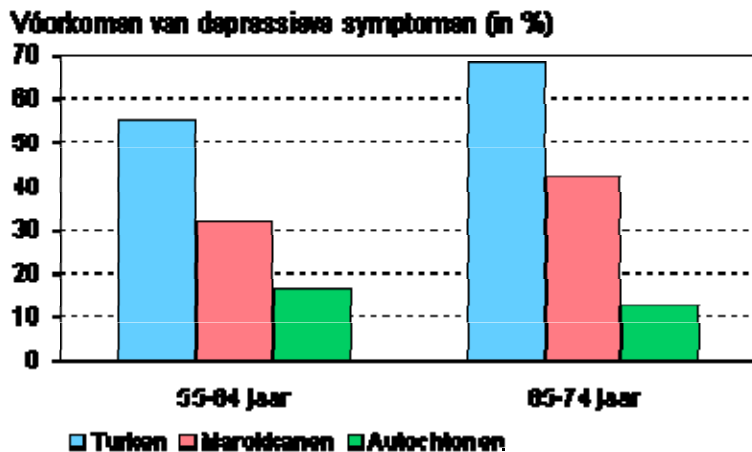
Uit diverse Nederlandse studies (zie o.a. RIVM) blijkt dat de diabetes vaker voorkomt bij allochtonen dan bij autochtonen. De prevalentie (aantal gevallen van een aandoening op een specifiek moment in de bevolking) is het hoogst onder personen van Hindoeestaans-Surinaamse afkomst, met name in de hogere leeftijdsgroep (40% bij personen ouder dan 45 jaar, Bindraban et al. 2008). De prevalentie van diabetes bij personen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse

<sup>1</sup> Onder niet-westerse allochtonen vallen diegene die in een niet-westers land zijn geboren, alsmede kinderen die ten minste een ouder hebben uit een niet-westers land. Wanneer in dit plan de term allochtoon wordt gebruikt, wordt de niet-westerse allochtoon bedoeld.

afkomst is ongeveer gelijk en ligt 3-6 keer hoger dan onder de autochtone bevolking. Diabetes komt daarnaast vaker voor bij allochtone vrouwen dan bij allochtone mannen.

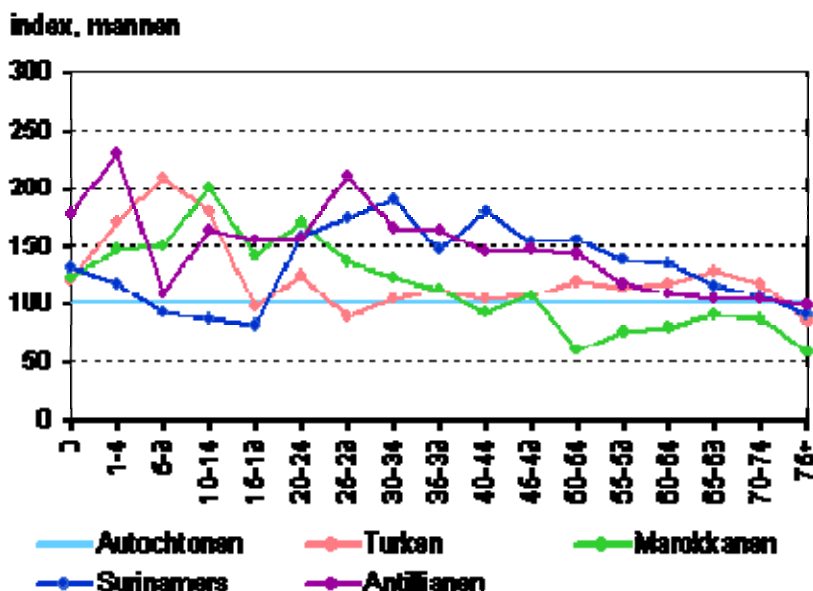
Specifiek voor jongeren geldt dat vooral Surinaamse en Antilliaanse jongeren meer risico lopen op een seksueel overdraagbare aandoening. Daarnaast komen ongewenste zwangerschappen vaker voor onder Surinaamse, Antilliaanse, Afrikaanse en Midden- en Zuid-Amerikaanse meisjes<sup>2</sup>.

Wat betreft de geestelijke gezondheid zijn Turkse en Marokkaanse ouderen vaker depressief dan autochtone ouderen. Vooral bij ouderen en met name Turkse Nederlanders zijn de psychische problemen groot.



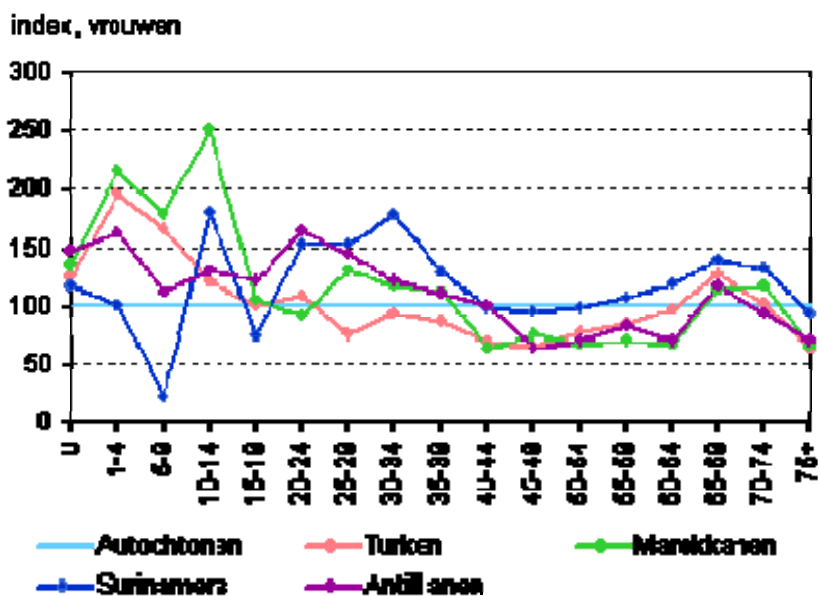
Figuur 1 Prevalentie van klinisch relevante depressieve symptomen bij Turken, Marokkanen en autochtonen in de leeftijd 55-74 jaar. (Bron RIVM)

De sterftekans van niet-westerse allochtonen ligt gemiddeld hoger dan die van autochtonen. Sterfte rond de geboorte komt relatief vaker voor bij niet-westerse allochtonen dan bij autochtone pasgeborenen. Het verschil wordt minder naarmate de allochtoon ouder is. Uitzondering is de sterfte onder Marokkaanse mannen deze ligt lager dan bij autochtonen.



Figuur 2 Sterfte van niet-westerse allochtone mannen ten opzichte van autochtone mannen (= 100) naar leeftijd en herkomstgroep in 2002-2006 (bron RIVM)

<sup>2</sup> Brief aan Tweede Kamer dd. 4 juli 2008, kenmerk PG/ZP 2.859.849

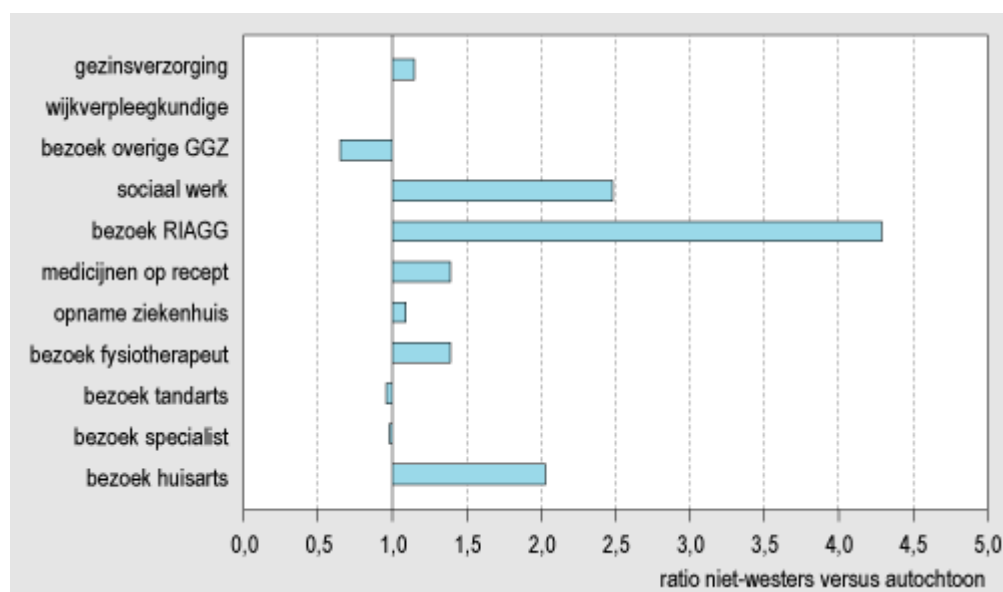


Figuur 3 Sterfte van niet-westerse allochtone vrouwen ten opzichte van autochtone vrouwen (= 100) naar leeftijd en herkomstgroep in 2002-2006 (Bron RIVM).

Verschillen in sterftetekansen worden deels veroorzaakt doordat allochtonen over het algemeen een lagere SES hebben. Wanneer hiermee rekening gehouden wordt, zijn de verschillen in mortaliteit tussen allochtonen en autochtonen kleiner. Bij de specifieke groepen van doodsoorzaken is het patroon meer gevarieerd. Bijvoorbeeld bij hart- en vaatziekten; de lagere sterfte bij Marokkanen komt vooral door het minder voorkomen van deze ziekten bij deze groep, terwijl deze ziekte bij Turken en Surinamers een belangrijke doodsoorzaak is.

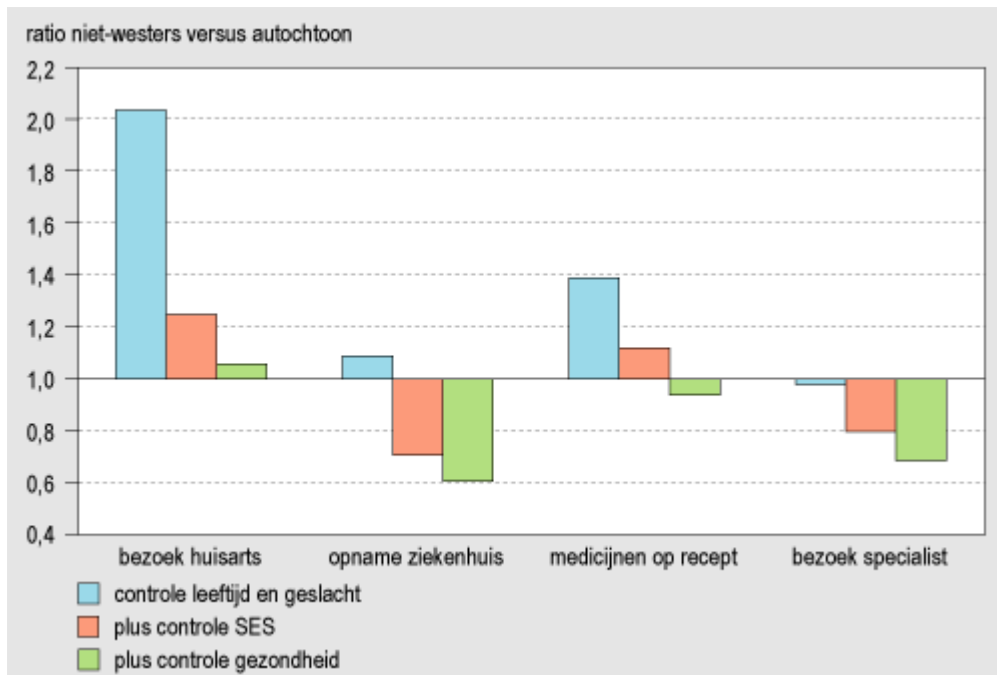
### Zorggebruik

Er bestaan verschillen in zorggebruik tussen autochtonen en allochtonen. De beschikbare informatie is gebaseerd op de 4 grote groepen allochtonen: Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Daarmee zijn 1,2 miljoen van de 1,7 miljoen allochtonen opgenomen. De andere groepen zijn te klein om verantwoorde uitspraken over te doen.



Figuur 4 Verschillen in het volume van zorggebruik naar land van herkomst, per vorm van zorggebruik (Bron RIVM)

Uit deze figuur blijkt dat allochtonen vooral vaker gebruik maken van een RIAGG, sociaal werk en huisarts.



Figuur 5 Verschillen in zorggebruik naar land van herkomst: de rol van SES-factoren (opleiding, beroep, inkomen) en van gezondheid (Bron: RIVM).

Uit deze figuur blijkt dat het zorggebruik van allochtone groepen voor een belangrijk deel kan worden begrepen vanuit hun slechtere sociaaleconomische positie en gezondheidssituatie (zie figuur 5, rode en groene staven). Etnische verschillen in de frequentie van huisartsbezoek kunnen voor het grootste deel worden verklaard door de lagere opleiding, beroepspositie en inkomen van allochtonen. In vergelijking met autochtone Nederlanders met gelijke sociaaleconomische positie gaan allochtonen vaker naar de huisarts (25%). Maar als we rekening houden met hun relatief slechtere gezondheid is er geen verschil meer in huisartsbezoek. Hetzelfde geldt voor medicijngebruik. Wat vooral opvalt, is dat allochtonen minder vaak naar de specialist en naar het ziekenhuis gaan: circa 40% respectievelijk 30% minder dan autochtone Nederlanders met vergelijkbare SES en gezondheidstoestand. Nadere analyse wijst uit dat deze onderconsumptie van intramurale zorg zich concentreert onder de inwoners van Turkse en Marokkaanse afkomst, in tegenstelling tot inwoners uit Suriname of de Antillen en Aruba. Onbekend is of dit lagere zorggebruik tot meer ongezondheid leidt.

#### Analyse gezondheidsverschillen en zorggebruik

De verschillen in zorg voor allochtonen zit vooral in de kwaliteit/effectiviteit van zorg (inclusief de continuïteit) en in mindere mate in de toegankelijkheid van zorg voor allochtonen. Bij veel allochtonen is er sprake van cumulatie van factoren die ongezondheid en ziekte veroorzaken. Zo hebben allochtonen meestal een lage opleiding, ongunstige woon- en werkomstandigheden en een relatief ongezonde leefstijl. Deze gezondheidsdeterminanten zijn verantwoordelijk voor veel van de verschillen in gezondheid tussen autochtonen en allochtonen. Door deze determinanten in gunstige zin te verbeteren voor allochtonen zullen de verschillen in gezondheid afnemen.

Toch verdwijnen verschillen in gezondheid, na correctie van lage SES factoren, tussen groepen niet helemaal. Er kan ook sprake zijn van minder effectieve zorg die allochtonen ontvangen. Ook kunnen persoonskenmerken zoals genetische factoren een ongunstige invloed hebben op de gezondheid.

*Lage opleiding en woon en werkomstandigheden*

Bij allochtonen (met name Turken en Marokkanen van de eerste generatie) is een grote groep zonder opleiding. Allochtonen hebben andere beroepen en knappen relatief vaker "de vieze klussen" op.

#### *Leefstijl*

Bij leefstijl zijn er verschillen tussen autochtonen en allochtonen. Allochtone mannen roken vaker dan autochtone Nederlanders. Dit geldt vooral voor Turkse mannen, gevolgd door Surinamers en Antillianen. Het rookgedrag van allochtone vrouwen komt voor de grootste allochtone groepen grotendeels overeen met dat van autochtone Nederlandse vrouwen (alleen Turkse vrouwen roken meer en Marokkaanse vrouwen roken minder dan allochtonen). Allochtonen bewegen en sporten minder dan autochtone Nederlanders. Net als autochtone Nederlanders voldoen ook veel allochtonen niet aan de normen voor gezonde voeding, wat betreft fruit-, groente- en vetconsumptie. Wel zitten ze in sommige gevallen dicht bij deze norm. Zo eten Turken bijvoorbeeld meer groente en fruit dan allochtonen.

Allochtone jongeren drinken minder alcohol. Voor roken, cannabisgebruik en seksueel gedrag zijn er geen verschillen tussen beide groepen.

Overgewicht komt vaker voor onder de Turkse en Marokkaanse jeugd dan onder de Nederlandse. Ze bewegen minder en hun eetpatroon is op een aantal onderdelen ongunstiger dan autochtone jongeren.

	Jongens	Meisjes
Turkse	23	30
Marokkaanse	16	25
Nederlandse	9	11
In de grote steden	13	17

Tabel % jongeren van 0-21 jaar dat te zwaar is

Opvallend hierbij is dat uit een recent rapport van het SCP<sup>3</sup> blijkt dat jongeren die beter geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving minder last hebben van overgewicht.

#### *Etnische en culturele determinanten*

Het RIVM geeft een aantal oorzaken van de ervaren knelpunten in de relatie tussen zorgaanbieder en allochtone patiënt die te maken hebben met verschil in cultuur. Een eerste oorzaak ligt in de onbekendheid van allochtonen met de Nederlandse organisatie van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld onbekendheid met de functie van de huisarts als poortwachter. Culturele verschillen vormen een tweede verklaring van de gevonden knelpunten. Allochtonen hebben deels andere opvattingen over gezondheid en ziekte, ziektegedrag en ziektebeleving dan autochtonen, bijvoorbeeld wat betreft de oorzaken van ziekten. Sociale en soms ook bovennatuurlijke verklaringen spelen vaker een rol naast of in plaats van medische verklaringen voor lichamelijke aandoeningen en ongezondheid. Daarnaast zijn er ook verschillen in opvattingen over hulp zoeken, die gevolgen kunnen hebben voor de zorgvraag. Zo leeft bij veel allochtone ouderen de overtuiging dat kinderen een 'zorgplicht' hebben tegenover hun ouders. Deze opvattingen stroken niet altijd meer met de opvattingen van hun kinderen, hetgeen tot spanningen en conflicten kan leiden wanneer ouders hulpbehoevend worden.

Een andere oorzaak van de moeizame communicatie is dat hulpverleners veelal niet bekend zijn met of een vooringenomen standpunt hebben over de taal en cultuur van allochtonen, waardoor misverstanden en verkeerde verwachtingen kunnen ontstaan.

Ook het optreden van zorgverleners speelt een rol bij verschillen in zorggebruik naar etniciteit. Allochtonen voelen zich in contacten met zorgverleners, vooral met de huisarts en in de geestelijke gezondheidszorg, vaker onbegrepen of niet serieus genomen dan autochtonen. Ook zorgverleners herkennen dit probleem en vinden daardoor de zorgverlening aan allochtonen vaak belastend. Communicatieproblemen ontstaan zowel door taal- als cultuurverschillen en kunnen leiden tot minder adequate zorg en kunnen een nadelige invloed hebben op de therapietrouw

#### *Genetische factoren*

<sup>3</sup> Minderheden meer gewicht SCP 2008



De genetische aanleg voor bepaalde aandoeningen verschilt tussen etnische groepen. Ook de effectiviteit van de behandeling van ziekten met geneesmiddelen wordt beïnvloed door de genetische achtergrond van de patiënt. Zo werken medicijnen soms verschillend bij mensen van verschillende herkomst, hebben vele ziekten een verschillende kans om voor te komen bij mensen van verschillende herkomst en komen sommige erfelijke eigenschappen in de ene groep vaker voor dan in een andere. Zo komt sikkelcelanemie vaker voor bij mensen afkomstig uit gebieden rond de Middellandse zee.

Het kan voor individuele patiënten zinvol zijn als hun behandelaar in bepaalde situaties op de hoogte is van hun herkomst, met name als die gegevens een rol spelen bij de beoordeling van de gezondheidstoestand van die patiënt. Hier ligt ook een rol weggelegd voor de beroepsgroepen om hun leden op deze relatie te attenderen onder andere tijdens de opleiding en bij de na- en bijscholing van beroepsbeoefenaren en door opname in de richtlijnen. Zie verder de beleidsnota biotechnologie.<sup>4</sup>

#### Conclusie

Er bestaan verschillen in gezondheid en zorggebruik tussen autochtonen en allochtonen. Daarvoor is een aantal aspecten van belang. Ten eerste behoren allochtonen relatief vaak tot de groep met lage sociaaleconomische status. Dit heeft een grote invloed op de gezondheid. De activiteiten in dit beleidsplan die gericht zijn om de negatieve gevolgen van gezondheidsdeterminanten te verminderen zullen dus tevens bijdragen aan het verminderen van het verschil in gezondheid tussen autochtoon en allochtoon. De belangrijkste actiepunten op het terrein van VWS meer kennis over kosteneffectieve interventies, het bevorderen van een gezonde leefstijl, bevorderen van culturele competenties onder zorgverleners en verbinden curatie en preventie. Waarbij het nodig kan zijn de aanpak specifiek op allochtonen te richten om de effectiviteit van de maatregel te vergroten. Andere determinanten die invloed hebben op de gezondheid van allochtonen zijn de culturele en genetische verschillen.

Wat ook opvalt is de diversiteit tussen en binnen allochtone groepen. Dit vraagt soms om een specifieke aanpak bij ziektepreventie en gezondheidsbevordering. De gezondheidsproblemen kunnen per groep verschillen. Binnen de groepen allochtonen zijn er verschillen tussen jongeren en ouderen, tussen mannen en vrouwen, tussen nieuwkomers en mensen die al jaren in Nederland zijn. Kortom er is een grote diversiteit binnen de doelgroep allochtonen.

---

<sup>4</sup> Brief aan Tweede Kamer dd. 9 september 2008, nummer: 27 428 nr. 114

Ons kenmerk  
PG/OGZ-2879144

Den Haag  
29 september 2008

Onderwerp  
Adviesaanvraag m.b.t. parallelle  
belangen bij gezondheid en preventie

Bijlage(n)  
4

Geachte heren Van Wieringen, Van Kemenade en Meijerink,

In september 2007 heb ik mijn visie op gezondheid en preventie aan de Tweede Kamer aangeboden<sup>5</sup>. Gezondheid is een groot goed voor mens en samenleving. Een belangrijk motief voor de rijksoverheid om gezondheid te bevorderen ligt in de maatschappelijke baten die hiermee kunnen worden behaald, vooral in de vorm van maatschappelijke en economische participatie en draagvlak voor een solidair zorgstelsel. Het realiseren van gezondheidswinst vindt slechts ten dele plaats binnen het collectieve domein. Het kabinet wil daarom de bijdrage van relevante actoren hieraan bevorderen, op basis van hun belang bij gezondheid en in een redelijke verhouding tot hun verantwoordelijkheden en mogelijkheden. Tot deze actoren behoren in ieder geval de scholen, het lokale bestuur en de bedrijven.

Het kabinet wil in de komende tijd een concreet plan van aanpak voor deze zogenoemde parallelle belangen ontwikkelen. Daarvoor moeten echter nog diverse vragen worden beantwoord op het gebied van samenhang, belangen, prikkels en instrumenten. Het gaat om een complexe materie die het kabinet nader wil bezien na kennisname van de visie en het advies van uw Raden en van de SER.

#### *Vermijdbare ongezondheid/maakbare gezondheid*

Het gaat goed met de gezondheid in Nederland. De levensverwachting is de afgelopen decennia toegenomen en groeit ook momenteel nog. De oorzaken zijn onder meer de toegenomen kwaliteit van de zorg, het toegenomen niveau van opleiding en welvaart, veilig verkeer en een gezondere leefstijl. Ook in andere landen stijgt de gemiddelde levensverwachting; in een aantal omringende landen ligt die op een hoger niveau dan in Nederland en is men verder gevorderd met het bevorderen van een gezonde leefstijl. Gezondheid blijkt tot op zekere hoogte maakbaar; veel ongezondheid is vermijdbaar. Een logisch aangrijpingspunt voor het realiseren van meer gezondheidswinst is het verder inperken van risico's die onze gezondheid kunnen schaden. De kansen daarvoor liggen onder andere bij ongezond consumptiegedrag (leefstijl), een ongezonde omgeving en ongezond werk. De urgentie van een brede aanpak wordt onderstreept door de grote en toenemende ziektelast als gevolg van onder meer te weinig bewegen, teveel en ongezond voedsel, roken en depressie.

#### *Parallele belangen*

Bij gezondheidswinst staat het individuele belang vanzelfsprekend voorop. Door de meeste mensen wordt dit belang goed gezien en opgevolgd. Dit is ook een efficiënt mechanisme. Mensen hebben immers zelf de informatie over de eigen behoeften en gezondheid. Ook nemen ze zelf – binnen de beschikbare middelen - de meeste beslissingen op het gebied van voeding, hygiëne en leefstijl voor zichzelf en hun kinderen. Dit geldt ook voor beslissingen op het gebied van school, opleiding, beroep, werkgever en woonomgeving. Zij kunnen zich daarbij echter niet altijd onttrekken aan directe en indirecte invloeden van buitenaf, uit de

---

<sup>5</sup> Gezond zijn, gezond blijven; bijlage bij Kaderbrief 2007-2011, TK 2007-2008, 22 894, nr.134

dagelijkse leefomgeving in de buurt, op school en op het werk. Daarmee komen ook andere actoren, met meer belangen dan alleen gezondheid, in beeld.

De parallelle belangen bij gezondheid worden door deze actoren uiteenlopend gewaardeerd. Soms worden de eigen baten als gevolg van inspanningen voor gezondheid van anderen niet hoog ingeschat en wordt volstaan met het toepassen van de regels die de overheid oplegt. In andere gevallen zien derde partijen individuele gezondheid wellicht juist als existentieel belang of maatschappelijke verantwoordelijkheid en stemmen hun beleid daarop af. Het is een kwestie van doelmatigheid om directe parallelle belangen (productiviteitswinst, leerprestaties, minder ziekteverzuim op school en op het werk, een beter imago op productmarkten en de arbeidsmarkt, meer weerbaarheid onder de bevolking en een beter sociaal klimaat in de wijk) onder ogen te zien en waar mogelijk te verzilveren. Dit is overigens geen nieuw verschijnsel. Ook rond het begin van de vorige eeuw namen werkgevers en het lokaal bestuur initiatieven om de levensomstandigheden (riolering, drinkwater, huisvesting) en leefgewoonten (hygiënemaatregelen) van werknemers en burgers te verbeteren. Toen ging het vooral om de destijds alom tegenwoordige infectieziekten; tegenwoordig zorgen de aan leefstijl gerelateerde somatische en psychische veelal chronische ziekten voor de meeste ziektelast.

Wanneer gezondheidsbelangen voldoende groot zijn maar onvoldoende vanuit parallelle belangen worden opgepakt, en kosten van ongezondheid worden afgewenteld, kan de overheid extra prikkels creëren. Voorbeelden hiervan liggen in de sfeer van fiscale prikkels en subsidies, van de sociale zekerheid en van het lokaal bestuur. Zo zijn in het openbaar bestuur financiële risico's gecreëerd waarbij de gezondheid van de bevolking een factor kan zijn. Dit betreft bijvoorbeeld de uitkering aan gemeenten op basis van de Wet Werk en Bijstand. Ook lopen de gemeenten financieel risico over de taken op het gebied van onder meer welzijn en veiligheid die worden bekostigd uit de algemene middelen uit het Gemeentefonds.

### *Kabinetsbeleid*

De afgelopen decennia heeft het kabinet veel beleid gevoerd dat direct of indirect heeft bijgedragen aan de gezondheid van de bevolking. Op de meeste beleidsterreinen van de overheid zijn aanknopingspunten met gezondheid te vinden: gezondheidsbevordering (mede gericht op tabak- en alcoholgebruik, voeding en bewegen), onderwijs, arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid, inkomen, wonen en wijken, milieu, verkeer en zorg. De levensverwachting van de Nederlandse burger is mede hierdoor toegenomen. Ik streef dus naar voortzetting van dit beleid en wil de integraliteit en samenhang tussen de diverse inspanningen waar mogelijk vergroten. De onderhavige adviesaanvraag kan mede in dit perspectief worden gezien.

Het kabinetsbeleid op het gebied van gezondheid en zorg betreft de gehele keten van preventie, cure en care. Het is nu een moment om, mede vanuit het doelmatigheidsperspectief, te onderzoeken of een beweging kan worden gemaakt van "nazorg" naar "voorzorg". De toenemende aan leefstijl (roken, voeding/bewegen, depressie) gerelateerde ziektelast, gekoppeld aan een toenemende levensverwachting, betekent immers een financieel risico voor zowel de cure als de care. In dit verband is ook de sociaal-economische gradiënt in gezondheid relevant. Ik onderzoek momenteel hoe ik deze beweging naar meer voorzorg binnen het VWS-domein gestalte kan geven; een optie daarbij is om, mits budgettair inpasbaar, kosteneffectieve leefstijlinterventies bij medische indicatie te verstrekken via het basispakket van de Zvw. Ik wil daarnaast het beleid richten op actoren buiten het domein van de zorg (bedrijven, scholen, lokaal bestuur), met hun parallelle belangen als richtsnoer. Mijn beleid richt zich daarbij onder andere op

- (onderzoek naar) de kosteneffectiviteit en implementatie van preventieve interventies in deze domeinen.

- de verbinding tussen preventie en zorg; bijvoorbeeld de verbinding tussen de eerstelijnszorg en de bedrijfsgezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg en de lokale openbare gezondheidszorg.

Bij de verdere vormgeving van het kabinetsbeleid is meer specifiek inzicht nodig in de mogelijkheden in de onderscheiden domeinen en eventuele omstandigheden waarmee rekening zou moeten worden gehouden<sup>6</sup>. In dat verband heb ik in de volgende paragraaf een aantal concrete vragen geformuleerd die ik graag aan uw Raden voor wil leggen. Een overeenkomstige vraagstelling, toegespitst op de sector bedrijven, leg ik gelijktijdig voor aan de SER.

#### *Visie en advies van de Onderwijsraad, ROB en RVZ*

Ik zou het op prijs stellen wanneer de Raden hun visie zouden willen geven op de hier geschetste materie en aanbevelingen zouden willen doen over de versterking van de bijdrage van de scholen en het lokale bestuur aan de gezondheid van leerlingen en burgers/wijkbewoners. De vragen die ik hierbij aan u wil voorleggen zijn:

- Hoe ziet u de kansen op gezondheidswinst door inspanningen in respectievelijk de scholen en op lokaal (wijk-/buurt-)niveau?
- Wat zijn de (potentiële) baten van gezondheidswinst en bij wie slaan deze neer?
- Welke prikkels ondervinden de relevante actoren thans en sporen die met de parallelle belangen? Waar kan de prikkelstructuur worden verbeterd?
- Ziet u nog andere aspecten die van belang kunnen zijn bij een beleid gericht op meer gezondheidswinst via de parallelle belangen in de genoemde domeinen?

#### *Wijze van opereren*

Het kabinet gaat er van uit dat de Raden hun expertise samen laten komen in één advies, waarbij de Onderwijsraad de vraagstelling beziet voor de scholen en de ROB voor het lokale bestuur. Ik verzoek de RVZ om de inhoudelijke afstemming wat betreft onder meer begrippen en analytisch kader, de facilitering van het proces alsmede een integrerende slotbeschouwing voor zijn rekening te willen nemen.

Voorts verzoek ik de RVZ om afstemming met de SER, die een soortgelijke vraagstelling, maar dan voor de sector bedrijven, zal beantwoorden. Met name verzoek ik de RVZ in zijn integrerende slotbeschouwing óók het advies van de SER te betrekken. De adviesaanvraag aan de SER treft u ter informatie hierbij aan.

Het kabinet zou uw advies graag zo mogelijk vóór 1 april van het komende jaar ontvangen.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

---

<sup>6</sup> Op dit moment werken de VROM-raad en de Gezondheidsraad aan adviezen over het gezond ontwerpen en inrichten van de fysieke leefomgeving

Sociaal-Economische Raad  
T.a.v. dr. A.H.G. Rinnooy Kan, voorzitter  
Postbus 90405  
2509 LK DEN HAAG

**Onderwerp**

Adviesaanvraag m.b.t. parallelle belangen  
bij gezondheid en preventie

**Bijlagen**

Preventievisie  
IBO Gezond gedrag bevordert  
Kaderbrief Preventie  
Pm: achtergrondinformatie van  
o.a. RIVM en OECD

Geachte heer Rinnooy Kan,

In september 2007 heb ik mijn visie op gezondheid en preventie aan de Tweede Kamer aangeboden<sup>7</sup>. Gezondheid is een groot goed voor mens en samenleving. Een belangrijk motief voor de rijksoverheid om gezondheid te bevorderen ligt in de maatschappelijke baten die hiermee kunnen worden behaald, vooral in de vorm van maatschappelijke en economische participatie en draagvlak voor een solidair zorgstelsel. Het realiseren van gezondheidswinst vindt slechts ten dele plaats binnen het collectieve domein. Het kabinet wil daarom de bijdrage van relevante actoren hieraan bevorderen, op basis van hun belang bij gezondheid en in een redelijke verhouding tot hun verantwoordelijkheden en mogelijkheden. Tot deze actoren behoren in ieder geval de bedrijven, de scholen en het lokale bestuur.

Het kabinet wil in de komende tijd een concreet plan van aanpak voor deze zogenoemde parallelle belangen ontwikkelen. Daarvoor moeten echter nog diverse vragen worden beantwoord op het gebied van samenhang, belangen, prikkels en instrumenten. Het gaat om een complexe materie die het kabinet nader wil bezien na kennisname van de visie en het advies van de SER, alsmede van de Onderwijsraad, de ROB en de RVZ.

*Vermijdbare ongezondheid/maakbare gezondheid*

Het gaat goed met de gezondheid in Nederland. De levensverwachting is de afgelopen decennia toegenomen en groeit ook momenteel nog. De oorzaken zijn onder meer de toegenomen kwaliteit van de zorg, het toegenomen niveau van opleiding en welvaart, veilig verkeer en een gezondere leefstijl. Ook in andere landen stijgt de gemiddelde levensverwachting; in een aantal omringende landen ligt die op een hoger niveau dan in Nederland en is men verder gevorderd met het bevorderen van een gezonde leefstijl. Gezondheid blijkt tot op zekere hoogte maakbaar; veel ongezondheid is vermijdbaar. Een logisch aangrijpingspunt voor het realiseren van meer gezondheidswinst is het verder inperken van risico's die onze gezondheid kunnen schaden. De kansen daarvoor liggen onder

---

<sup>7</sup> Gezond zijn, gezond blijven; bijlage bij Kaderbrief 2007-2011, TK 2007-2008, 22 894, nr.134

andere bij ongezond consumptiegedrag (leefstijl), een ongezonde omgeving en ongezond werk. De urgentie van een brede aanpak wordt onderstreept door de grote en toenemende ziektelast als gevolg van onder meer te weinig bewegen, teveel en ongezond voedsel, roken en depressie.

### *Parallele belangen*

Bij gezondheidswinst staat het individuele belang vanzelfsprekend voorop. Door de meeste mensen wordt dit belang goed gezien en opgevolgd. Dit is ook een efficiënt mechanisme. Mensen hebben immers zelf de informatie over de eigen behoeften en gezondheid. Ook nemen ze zelf – binnen de beschikbare middelen - de meeste beslissingen op het gebied van voeding, hygiëne en leefstijl voor zichzelf en hun kinderen. Dit geldt ook voor beslissingen op het gebied van school, opleiding, beroep, werkgever en woonomgeving. Zij kunnen zich daarbij echter niet altijd onttrekken aan directe en indirecte invloeden van buitenaf, uit de dagelijkse leefomgeving in de buurt, op school en op het werk. Daarmee komen ook andere actoren, met meer belangen dan alleen gezondheid, in beeld.

De parallelle belangen bij gezondheid worden door deze actoren uiteenlopend gewaardeerd. Soms worden de eigen baten als gevolg van inspanningen voor gezondheid van anderen niet hoog ingeschat en wordt volstaan met het toepassen van de regels die de overheid oplegt. In andere gevallen zien derde partijen individuele gezondheid wellicht juist als existentieel belang of maatschappelijke verantwoordelijkheid en stemmen hun beleid daarop af. Het is een kwestie van doelmatigheid om directe parallelle belangen (productiviteitswinst, leerprestaties, minder ziekteverzuim op school en op het werk, een beter imago op productmarkten en de arbeidsmarkt, meer weerbaarheid onder de bevolking en een beter sociaal klimaat in de wijk) onder ogen te zien en waar mogelijk te verzilveren. Dit is overigens geen nieuw verschijnsel. Ook rond het begin van de vorige eeuw namen werkgevers en het lokaal bestuur initiatieven om de levensomstandigheden (riolering, drinkwater, huisvesting) en leefgewoonten (hygiënemaatregelen) van werknemers en burgers te verbeteren. Toen ging het vooral om de destijds alom tegenwoordige infectieziekten; tegenwoordig zorgen de aan leefstijl gerelateerde somatische en psychische veelal chronische ziekten voor de meeste ziektelast.

Wanneer gezondheidsbelangen voldoende groot zijn maar onvoldoende vanuit parallelle belangen worden opgepakt, en kosten van ongezondheid worden afgewenteld, kan de overheid extra prikkels creëren. Voorbeelden hiervan liggen in de sfeer van fiscale prikkels en subsidies, van de sociale zekerheid en van het lokaal bestuur. Veel werkgevers zijn mede hierdoor extra gestimuleerd om aan de slag te gaan met arbeidsomstandigheden en gezondheidsbevordering binnen het bedrijf. Inmiddels zijn diverse *best practices*, met veelal een aanzienlijk financieel rendement, ontwikkeld.

### *Kabinetsbeleid*

De afgelopen decennia heeft het kabinet veel beleid gevoerd dat direct of indirect heeft bijgedragen aan de gezondheid van de bevolking. Op de meeste beleidsterreinen van de overheid zijn aanknopingspunten met gezondheid te vinden: gezondheidsbevordering (mede gericht op tabak- en alcoholgebruik, voeding en bewegen), onderwijs,

arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid, inkomen, wonen en wijken, milieu, verkeer en zorg. De levensverwachting van de Nederlandse burger is mede hierdoor toegenomen. Ik streef dus naar voortzetting van dit beleid en wil de integraliteit en samenhang tussen de diverse inspanningen waar mogelijk vergroten. De onderhavige adviesaanvraag kan mede in dit perspectief worden gezien.

Het kabinetsbeleid op het gebied van gezondheid en zorg betreft de gehele keten van preventie, cure en care. Het is nu een moment om, mede vanuit het doelmatigheidsperspectief, te onderzoeken of een beweging kan worden gemaakt van “nazorg” naar “voorzorg”. De toenemende aan leefstijl (roken, voeding/bewegen, depressie) gerelateerde ziektelast, gekoppeld aan een toenemende levensverwachting, betekent immers een financieel risico voor zowel de cure als de care. In dit verband is ook de sociaal-economische gradiënt in gezondheid relevant. Ik onderzoek momenteel hoe ik deze beweging naar meer voorzorg binnen het VWS-domein gestalte kan geven; een optie daarbij is om, mits budgettair inpasbaar, kosteneffectieve leefstijlinterventies bij medische indicatie te verstrekken via het basispakket van de Zvw. Ik wil daarnaast het beleid richten op actoren buiten het domein van de zorg (bedrijven, scholen, lokaal bestuur), met hun parallelle belangen als richtsnoer. Mijn beleid richt zich daarbij onder andere op

- (onderzoek naar) de kosteneffectiviteit en implementatie van preventieve interventies in deze domeinen.
- de verbinding tussen preventie en zorg; bijvoorbeeld de verbinding tussen de eerstelijnszorg en de bedrijfsgezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg en de lokale openbare gezondheidszorg.

Bij de verdere vormgeving van het kabinetsbeleid is meer specifiek inzicht nodig in de mogelijkheden in de onderscheiden domeinen en eventuele omstandigheden waarmee rekening zou moeten worden gehouden<sup>8</sup>. In dat verband heb ik in de volgende paragraaf een aantal concrete vragen geformuleerd die ik graag aan de SER voor wil leggen. Een overeenkomstige vraagstelling, toegespitst op de sectoren onderwijs en lokaal bestuur, leg ik gelijktijdig voor aan de Onderwijsraad, de ROB en de RVZ.

#### *Visie en advies van de SER*

Ik zou het op prijs stellen wanneer de SER zijn visie zou willen geven op de hier geschetste materie en aanbevelingen zouden willen doen over de versterking van de bijdrage van de bedrijven aan de gezondheid van werknemers. De vragen die ik hierbij aan u wil voorleggen zijn:

- Hoe ziet u de kansen op gezondheidswinst in de bedrijven?
- Wat zijn de (potentiële) baten van gezondheidswinst en bij wie slaan deze neer?
- In de bedrijven is uit oogpunt van verzuimpreventie een stijgende aandacht voor het thema Gezondheidsmanagement. Ook de prikkels die uitgaan van Wet Verbetering Poortwachter, de Wet Loondoorbetaling bij Ziekte en de Arbeidsomstandighedenregelgeving werken in de praktijk goed. Welke additionele

---

<sup>8</sup> Op dit moment werken de VROM-raad en de Gezondheidsraad aan adviezen over het gezond ontwerpen en inrichten van de fysieke leefomgeving

prikkels aan het bedrijfsleven, uitgaande van de huidige verantwoordelijkheidsverdeling tussen werkgevers en werknemers, ziet de Raad om de bijdrage van bedrijven aan de gezondheid van werknemers te versterken? Hierbij is het van belang om rekening te houden met de reeds bestaande praktijk in bedrijven en onderzoek hiernaar (onder andere ter voorbereiding van het meerjarig kennisinvesteringsprogramma Participatie en Gezondheid” van VWS, BZK en SZW).

- Ziet u nog andere aspecten die van belang kunnen zijn bij een beleid gericht op meer gezondheidswinst via de parallelle belangen van bedrijven?

### *Wijze van opereren*

Het kabinet stelt het op prijs wanneer de SER zijn visievorming en advisering afstemt met het werk van de andere genoemde raden. In dit verband zal de RVZ op mijn verzoek een begrippenkader opstellen, de onderlinge afstemming faciliteren en een integrerende slotbeschouwing voor zijn rekening nemen. Met uw medewerking kan een waardevolle samenhangende en integrale advisering tot stand komen.

Het kabinet zou graag zo mogelijk vóór 1 april van het komende jaar de resultaten van uw Raad en de overige Raden ontvangen.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink