

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

W 63

**Sociaal-economische gezondheidsverschillen,
kansen voor beleid**

**Verslag van een conferentie
op 20-21 november 1991**

Den Haag, februari 1992

Exemplaren van deze uitgave zijn te bestellen bij het NV Sdu DOP, Postbus 11594, 2502 AN 's-Gravenhage, door overmaking van f 10,-- op giro 425300 dan wel schriftelijk of telefonisch (071-352500) onder vermelding van titel en ISBN-nummer en het aantal gewenste exemplaren.

ISBN 90 346 2771 3

Publikatie van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR),
Postbus 20004, 2500 EA 's-Gravenhage (tel. 070-3564600).

INHOUDSOPGAVE

	TEN GELEIDE	1
1.	OPENING, TOESPRAAK VAN STAATSSECRETARIS H.J. SIMONS VAN WVC	5
2.	INLEIDING DOOR CONFERENTIEVOORZITTER PROF.DR. F.W. RUTTEN	13
3.	SEGV, WAT WETEN WE ERVAN?	15
3.1	Onderzoek naar SEGV, nu en in de toekomst. Inlei- ding door prof.dr. L. Ginjaar (voorzitter Programma Commissie)	15
3.2	SEGV in Nederland, wat weten we wel en wat weten we niet? Inleiding door prof.dr. P.J. van der Maas (secretaris Programma Commissie)	19
3.3	Discussie met prof.dr. L. Ginjaar, prof.dr. P.J. van der Maas en dr. J.P. Mackenbach	25
4.	AANVAARDBARE EN ONAANVAARDBARE SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN; CRITERIA VOOR HET ONDER- SCHEID	31
4.1	Discussiestellingen	31
4.2	Toelichting op de stellingen door prof.dr. L. Gun- ning-Schepers (Instituut voor Sociale Geneeskunde, Amsterdam, lid Programma Commissie)	32
4.3	Commentaar door T. Netelenbos (voorzitter Vaste Kamercommissie Volksgezondheid)	34
4.4	Discussie	36
4.5	Herziene stellingen (conclusies)	44
5.	SEGV EN OVERHEIDSBELEID	47
5.1	Discussiestellingen	47
5.2	Toelichting op de stellingen door dr. G.M. van Etten (directeur Stafbureau Beleidsontwikkeling WVC)	49
5.3	Commentaar door ir. A.W.M. Balemans (Directeur Gezondheid, SoZaWe)	50
5.4	Discussie	56
5.5	Herziene stellingen (conclusies)	65
6.	SEGV EN BELEID VAN BETROKKEN MAATSCHAPPELIJKE ORGA- NISATIES	69
6.1	Discussiestellingen	69
6.2	Toelichting op de stellingen door dr. J.A.M. Huls- hof (WVC, afd. STABO)	70
6.3	Commentaar door dr. H.K. Klamer (secretaris NCW)	72
6.4	Discussie	77
6.5	Herziene stellingen (conclusies)	84
7.	LIJST VAN DEELNEMERS	87

TEN GELEIDE

Op 20 en 21 november 1991 heeft te Noordwijk op initiatief van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Voorzitter van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid de conferentie *Sociaal-economische gezondheidsverschillen, kansen voor beleid* plaatsgevonden. Doel van de conferentie was te komen tot afspraken over mogelijkheden en verantwoordelijkheden van maatschappelijke organisaties en van de overheid met betrekking tot het verminderen van verschillen in gezondheid ten gevolge van sociaal-economische omstandigheden. Aanwezig waren vertegenwoordigers van de werkgevers- en werknemersorganisaties, de medische beroepsgroepen, patiëntenorganisaties, ziektekostenverzekeraars, gemeentelijke gezondheidsdiensten, en van de politieke partijen, alsmede van de Ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Onderwijs en Wetenschappen, Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeleid, en Welzijn Volksgezondheid en Cultuur, en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Voorzitter van de conferentie was Prof. dr. F.W. Rutten, voorzitter van de WRR.

Deze conferentie was de tweede WVC/WRR conferentie over sociaal-economische gezondheidsverschillen. De eerste vond plaats in 1987 en leidde onder meer tot de conclusie dat ook in Nederland gezondheidsverschillen bestaan ten gevolge van sociaal-economische omstandigheden. Op dat moment waren daarover echter nog weinig precieze gegevens bekend. Op grond van de conclusies van de eerste conferentie heeft in 1988 de toenmalige Staatssecretaris van WVC de Programma Commissie sociaal-economische gezondheidsverschillen geïnstalleerd onder voorzitterschap van Prof.dr. L. Ginjaar. Deze commissie had de taak in vijf jaar tijd een onderzoeksprogramma op te zetten dat het bestaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen in kaart brengt en de oorzaken ervan analyseert. Op de tweede conferentie werd een tussentijds verslag van de resultaten van de Programma Commissie gepresenteerd.

Essentie van de conferentie

De conferentie leidde tot een aantal conclusies die door alle aanwezigen werden onderschreven. In dit werkdocument worden deze conclusies gespecificeerd naar inhoud en verantwoordelijke instantie. In essentie omvatten de conclusies het volgende:

- sociaal-economische gezondheidsverschillen blijken sinds ongeveer 1960 weer toe te nemen;
- het terugdringen ervan vereist een integrale en interdisciplinaire aanpak, waarbij de inzet van parlement, diverse ministeries en van een veelheid aan maatschappelijke instellingen noodzakelijk is;
- door zo'n aanpak moet bereikt worden dat het effect van ingrijpende beleidsbeslissingen op de gezondheidstoestand van de laagste sociale lagen wordt geëxpliciteerd en dat die effecten een belangrijkere rol spelen in de besluitvorming.

Voorafgaand aan de discussies en presentatie van de conclusies volgt hier het interimverslag van de Programma Commissie sociaal-economische gezondheidsverschillen, hier genoemd preambule.

Preambule

1. Er is nu veel meer bekend over het bestaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen dan vóór de installatie van de Programma Commissie, ruim 3 jaar geleden. Van veel gegevens over ziekte, gezondheid en sterfte is nu bekend in hoeverre er ongelijkheden bestaan tussen de diverse bevolkingsgroepen. Zo is de kans op het hebben van ernstige lichamelijke beperkingen bij volwassenen met alleen lager onderwijs drie maal zo hoog als bij universitair geschoolden. Volwassenen met alleen lager onderwijs hebben een kortere levensverwachting, stromen dubbel zo vaak de W.A.O. in en hebben bijna twee keer zo vaak gezondheidsklachten.
2. Niettemin blijft de onvolledige beschikbaarheid van gegevens een structureel probleem bij het verrichten van onderzoek ten behoeve van de beleidsvoorbereiding. Registraties van ziekten en aandoeningen registreren zelden gegevens waaruit de sociaal-economische status van de betrokkene kan worden bepaald. Koppeling van gegevensbestanden is om privacy-redenen vaak niet mogelijk.
3. In de periode 1930-1960 vond een verkleining plaats van de verschillen in gezondheid tussen hogere en lagere sociale lagen. In de periode na 1960 heeft deze trend zich gekeerd en blijken de verschillen weer toe te nemen. De voornaamste directe oorzaak van de huidige groeiende ongelijkheid is de oversterfte aan hart- en

vaatziekten bij de groepen met de laagste sociaal-economische status.

4. De Wereldgezondheidsorganisatie, regio Europa (WHO-Euro) heeft in haar strategie als doel gesteld vóór het jaar 2000 de ongelijkheden in de gezondheidstoestand tussen landen en binnen landen met 25% te reduceren. De trend tot toenemende verschillen in aanmerking genomen, zou in Nederland het primaire doel moeten zijn het voorkómen van een verdere toename van de verschillen in gezondheidsstatus tussen de diverse sociale lagen.
5. Dit zal gericht beleid vereisen van overheden en maatschappelijke organisaties. De overheid kan hierbij niet terugtreden gezien haar taak in het scheppen van de noodzakelijke voorwaarden. Maatschappelijke organisaties hebben een onmiskenbare rol in de uitvoering van interventiestrategieën. Dit neemt niet weg dat het effect daarvan in veel gevallen pas op lange termijn te verwachten is en vaak niet eenvoudig toegeschreven kan worden aan specifieke beleids- en interventie maatregelen.
6. Er blijft vooralsnog onvoldoende kennis bestaan over de oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Verder onderzoek naar de mechanismen volgens welke deze verschillen tot stand komen zal noodzakelijk blijven voor de onderbouwing van mogelijke beleidsopties. Na 1993 zal het onderzoek zich bij voorkeur moeten richten op het ondersteunen van doelgerichte interventies.

Slot

Alle partijen die op de tweede SEGV-conferentie aanwezig waren zijn van te voren verzocht hun ervaringen met en mogelijkheden tot het terugdringen van SEGV weer te geven in de vorm van een geschreven bijdrage. Deze bijdragen zijn gebundeld en gepubliceerd in de WRR-serie Voorstudies en achtergronden, getiteld Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid; preadviezen (V72, 1991).

Het verslag van de conferentie dat is opgenomen in dit Werkdocument is opgesteld door drs. S. van der Veen.

De formulering van de conclusies van de discussies berustte bij dr. J.A.M. Hulshof (ministerie van WVC).

1. OPENING, TOESPRAAK VAN STAATSSECRETARIS H.J. SIMONS VAN WVC

Mijnheer de Voorzitter, dames en heren,

U kunt zich waarschijnlijk voorstellen, dames en heren, dat iemand als ik die, om het eufemistisch te zeggen, nogal wat tijd besteedt aan de wijze van financiering van de zorg, met veel genoeg een geheel ander onderwerp aansnijdt: sociaal-economische gezondheidsverschillen. Doen we er wat tegen, en zo ja, hoe en wat doen we er tegen? Intrigerende vragen, die niet alleen bij mij leven of bij de mensen die zich dagelijks met volksgezondheidsbeleid bezig houden. Ook de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid vindt deze vraag zo belangrijk dat we besloten hebben samen deze conferentie te organiseren. Ik wil hierbij de Raad bijzonder danken voor haar inzet bij het tot stand komen van deze conferentie.

Maar vooral ook uit de aanwezigheid van dit pluriforme gezelschap blijkt dat velen met ons bereid zijn zich te buigen over de vraag wat we kunnen doen aan het verminderen van verschillen in gezondheid als gevolg van sociaal-economische factoren. Het gezelschap is weliswaar nog niet geheel compleet in verband met de hoorzitting die nu plaatsvindt in de Tweede Kamer over de stelselwijziging, maar ik begrijp dat ook de betrokken Kamerleden morgen aan de discussies zullen deelnemen.

Ik ben erg onder de indruk van de inspanning die zo velen van u verricht hebben bij het voorbereiden van deze discussies via het boek dat speciaal ten behoeve van deze conferentie is samengesteld. De diversiteit aan standpunten daarin biedt een prikkelende basis voor het bereiken van het doel van deze conferentie, namelijk het maken van afspraken over mogelijkheden en verantwoordelijkheden van alle organisaties die betrokken kunnen worden bij het verminderen van sociaal-economische verschillen in gezondheid. Dat doel, het komen tot afspraken, is waar het naar mijn mening om gaat deze dagen. En het conferentieboek biedt daarbij een goede voorzet. Ik zeg hier tegelijkertijd bij dat het voor het maken van zulke afspraken niet nodig is dat we het eerst volledig met elkaar eens worden over alle standpunten in het boek. Dat zou niet alleen onbegonnen werk zijn, maar ook het doel van deze conferentie voorbij schieten.

Laat ik eerst in vogelvlucht enige achtergronden van de ongelijkheid in kansen op een gezond leven toelichten. Deze achtergronden plaatsen immers de discussies over beleidsverantwoordelijkheden van aanwezige groeperingen in een breder perspectief.

Achtergronden

Ongelijke kansen op een gezond leven zijn namelijk niet alleen een verschijnsel van hier en nu. Ik zou haast zeggen, integendeel. Overal waar aanzienlijke verschillen in levensstandaard voorkomen, komen ook verschillen in gemiddelde gezondheid per bevolkingsgroep voor. En overal waar deze verschillen zich voordoen in een intensiteit die ook zonder wetenschappelijk onderzoek evident is, bestaat er belangstelling voor dit verschijnsel. In andere continenten dus nog meer dan in Europa. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in de *Global Strategy for health for all* van de Wereld Gezondheidsorganisatie zo nadrukkelijk gesteld wordt dat de verschillen in gezondheid tussen landen en binnen landen moeten worden teruggedrongen. Deze doelstelling op wereldniveau is ook voor Europa gepreciseerd. In de Europese regio is als doel gesteld dat de ongelijkheden in gezondheidstoestand tussen landen en groepen binnen landen met 25% teruggebracht dienen te worden, met als streefdatum het jaar 2000. In internationaal verband zal dit een enorme inspanning meebrengen om met name de Midden- en Oosteuropese landen te ondersteunen in hun streven de gezondheidstoestand van hun bevolking te verbeteren.

En in Nederland? Waarom is het ook in Nederland belangrijk ons in te zetten voor het verminderen van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen? Onze levensverwachting behoort immers tot de hoogste ter wereld! En onze gezondheidszorg is immers één van de meest toegankelijke ter wereld en dat ongeacht inkomen, woonplaats, opleiding of etnische herkomst. Verschillen in gezondheidsstatus tussen bevolkingsgroepen zijn voor velen niet of nauwelijks merkbaar!

En toch! Toch zijn er ook hier knelpunten die aandacht vragen. En ook dat is niet een constatering van vandaag. Ondanks de overwegend gunstige ontwikkelingen sinds de tweede wereldoorlog blijven ook in Nederland achterstandsgroepen bestaan. En blijkt ook in Nederland de gemiddelde

gezondheidssituatie van de groepen die onder aan de sociale ladder staan over het algemeen slechter te zijn dan die van de beter gesitueerden.

Dit heeft ertoe geleid dat in 1987 een eerste conferentie over sociaal-economische gezondheidsverschillen werd belegd door de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Velen van u waren ook op die conferentie aanwezig. Op deze eerste conferentie bleek dat we in Nederland eigenlijk bar weinig weten over de mate waarin de kansen op een gezond leven ongelijk verdeeld zijn onder de bevolking. Naar aanleiding van de aanbevelingen van de eerste conferentie heeft mijn voorganger de Programma Commissie sociaal-economische gezondheidsverschillen geïnstalleerd. Deze commissie heeft, onder voorzitterschap van Professor Ginjaar, een indrukwekkend onderzoeksprogramma op poten gezet. Mede dank zij dit programma kunnen we nu met meer precisie de knelpunten identificeren binnen het bestaan en ontstaan van sociaal-economisch bepaalde gezondheidsverschillen onder de Nederlandse bevolking. En kunnen we aangrijpingspunten identificeren voor concreet beleid.

Vermindering van verschillen in gezondheid als beleidsdoel van WVC

Nu ik iets van de achtergronden heb geschilderd van sociaal-economische gezondheidsverschillen, wil ik nu de kans benutten in te gaan op mogelijke afspraken over wie wat zou kunnen doen of moeten doen om deze verschillen te verminderen. En daarvoor blijken er concrete aangrijpingspunten te zijn. Niet alleen op het terrein van het volksgezondheidsbeleid, maar ook voor facetbeleid, dat wil zeggen, het gezondheidsbeleid gericht op andere ministeries. Laat ik eerst dicht bij huis blijven en vaststellen dat de Minister en ik het terugdringen van gezondheidsverschillen ten gevolge van sociaal-economische factoren belangrijk vinden. In ons beleid komt dit dan ook op vele plaatsen tot uitdrukking.

Op het terrein van de preventie van ziekten en aandoeningen blijkt dat groepen met de lagere sociaal-economische status minder profijt hebben van preventie-activiteiten. Ik geef u een enkel voorbeeld. Vorige week was in de Kamer het erfelijkheidsonderzoek aan de orde. Nu zou je je afvragen wat erfelijkheidsonderzoek met sociale verschillen te maken heeft. Dat leg ik u uit. Het is bekend dat niet iedereen die qua leeftijd

en familiale omstandigheden in aanmerking komt voor bijvoorbeeld een vruchtwaterpunctie ook inderdaad naar een centrum voor erfelijkheidsonderzoek gaat. Mijn stelling was in de Kamer en is nu ook hier dat daar een component in zit van sociaal-economische verschillen. Lager opgeleiden komen daar - ten onrechte zou ik denken - minder dan wenselijk.

Meer in algemene zin is bekend, dat ook screeningscampagnes de hogere sociale lagen beter bereiken dan lagere. In de Nota Gezondheidsbeleid die binnenkort wordt aangeboden aan de Tweede Kamer schenken we dan ook veel aandacht aan het verminderen van verschillen in gezondheid. Een vermindering van verschillen die we nastreven door het verbeteren van de gezondheid van die categorieën van de bevolking die tot op heden minder hebben meegenoten van de verbeterde algemene gezondheidstoestand. In de Nota Gezondheidsbeleid worden de stappen beschreven die we nemen om deze verschillen te verminderen.

Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan preventiecampagnes die zijn toegesneden op de groepen die de hoogste risico's hebben. Méér aandacht voor hen die het het meest nodig hebben, of het nu gaat om het ontmoedigen van roken, het stimuleren van gezonde voeding, het zoeken van erfelijkheidsadvies of het deelnemen aan borstkankerscreening. Een ongelijke inspanning met als doel te komen tot een gelijk effect.

Zulke preventiecampagnes komen uiteraard niet uitsluitend, en zelfs niet in de eerste plaats tot stand door de rijksoverheid. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt tevens bij gemeenten. Dit komt tot uitdrukking in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en hebben de Minister en ik onlangs ook weer toegelicht in de notitie over het publieke bestel in het nieuwe zorgstelsel.

Wat onze verantwoordelijkheid betreft bij het terugdringen van sociale verschillen in het bereik van preventie-activiteiten, zeg ik tenslotte toe dat ik hoop enige van de conclusies van deze conferentie op te nemen in het Ontwikkelingsplan Preventie, dat in de eerste helft van 1992 aan de Tweede Kamer zal worden gezonden.

Ik wil hierbij ook opmerken dat er niet alleen bij preventie-activiteiten sprake blijkt te zijn van een ongelijk effect. Ook bij de medische consumptie in de curatieve sfeer blijkt dat er zekere sociaal-economische verschillen bestaan die terug te voeren lijken op het functioneren van de gezondheidszorg. En dit ondanks onze volkomen toegankelijke gezondheidszorg. Het blijkt dat, hoe dan ook, niet alle groeperingen in dezelfde mate profiteren van onze overigens uitstekende gezondheidszorg. Via de stelselwijziging wil ik dan ook bereiken dat algemene toegankelijkheid van onze zorg ook in de toekomst gewaarborgd blijft, ook bij een toenemende behoefte aan zorg ten gevolge van de vergrijzende bevolking. Maar toegankelijkheid is wat anders dan feitelijk gebruik. Dat gaat verder. Dan letten we op kwaliteit en effectiviteit van de verstrekte zorg. Het bereiken van een optimale effectiviteit van de zorg, ongeacht sociale status van de patiënt, zal bovendien zeker de inzet vereisen van de medische beroepsbeoefenaren en het verplegend personeel. Ook bij vraagstukken die te maken hebben met keuzen in de zorg, zoals die aan de orde komen in het rapport van de Commissie Dunning dat ik vorige week in ontvangst heb genomen, moeten we ten enenmale voorkómen dat groeperingen met een lagere sociale status de dupe worden van noodzakelijke keuzen.

Het zal nodig blijven onderzoek te verrichten naar de mechanismen volgens welke sociaal-economische gezondheidsverschillen ontstaan. Ook de effectiviteit van activiteiten gericht op het verminderen van verschillen zal gemeten moeten worden door middel van wetenschappelijk onderzoek. Na en naast onderzoek naar oorzaken en samenhangen, dient er dus onderzoek naar de effectiviteit van maatregelen te komen. Daarom moet worden overwogen om ná 1993, wanneer het mandaat van de Programma Commissie SEGV afloopt, bij het vaststellen van de budgetten hieraan een hoge prioriteit toe te kennen.

Facetbeleid

Wat betreft de beleidsverantwoordelijkheden van andere ministeries, wil ik opmerken dat veel van de factoren die verantwoordelijk zijn voor het bestaan van gezondheidsverschillen, buiten het terrein van het volksgezondheidsbeleid liggen. Het is immers bekend dat groeperingen die onder aan de sociale ladder staan onevenredig veel blootgesteld worden aan

ziekmakende factoren in hun woon- en werkomgeving. Beleidsinterventie op deze factoren is daarmee een zaak van facetbeleid.

Ik ben dan ook bijzonder verheugd over de deelname aan deze conferentie door vertegenwoordigers van de Ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, van Onderwijs en Wetenschappen en van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Immers, met name in samenwerking met deze Ministeries zie ik mogelijkheden om de verschillen in gezondheidsstatus tussen bevolkingsgroepen te verminderen voor zover deze samenhangen met blootstelling aan ziekmakende factoren op de werkplek of ten gevolge van onvrijwillige werkloosheid. Of ten gevolge van ongelijke kansen op onderwijs of op een gezonde woonomgeving.

Mogelijkheden van maatschappelijk organisaties bij het terugdringen van gezondheidsverschillen

De betrokkenheid van de overheid met betrekking tot het terugdringen van gezondheidsverschillen is dus niet gering. We moeten daarbij echter voor ogen houden dat de overheid terugtreedt uit uitvoerende taken en zich concentreert op het stellen van normen en het creëren van randvoorwaarden. Een logisch voortvloeisel hiervan is dat concrete interventies bij uitstek een taak van maatschappelijke organisaties zijn. Dat is dus de laatste serie instanties, als ik u zo mag noemen, op wie ik een beroep doe. Ik ben dan ook bijzonder verheugd dat uit de kringen van werkgevers, werknemers, medische beroepsgroepen, ggd'en, ziektekostenverzekeraars en patiëntenorganisaties zo veel betrokkenheid blijkt. Niet alleen uit hun aanwezigheid hier, maar ook uit de bijdragen aan de bundel. Een veelheid aan concrete interventiemogelijkheden ligt binnen handbereik. Ik wil daar nú niet op vooruit lopen; daarvoor zit ú nu juist hier. Het is natuurlijk wel mijn wens dat deze mogelijkheden tijdens deze conferentie maximaal worden ingevuld en in de nabije toekomst tot uitdrukking zullen komen in daadwerkelijke initiatieven op dit terrein.

Slot

Mijnheer de voorzitter, tot slot wens ik u allen een succesvolle bijeenkomst. Ik spreek daarbij de hoop uit dat het streven naar het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen geen dode letter blijkt uit doelstellingen van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Integendeel,

laten we gezamenlijk onze schouders zetten onder de verantwoordelijkheden die wij allen, overheden en maatschappelijke organisaties, hebben bij het bereiken van deze doelstellingen.

2. INLEIDING DOOR CONFERENTIEVOORZITTER PROF.DR. F.W. RUTTEN

Deze conferentie over sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) valt uiteen in twee gedeelten. Het eerste gedeelte staat in het teken van de vraag: SEGV, wat weten we ervan? Het onderscheidt zich van het tweede deel doordat het vooral informatief van aard zal zijn. Wat heeft onderzoek over het thema tot dusverre opgeleverd?

Het tweede deel van de conferentie zal naast informatief vooral ook beleidsvoorbereidend van aard zijn. In het programma is uitgebreid ruimte voor discussie. Opdat deze conferentie waar mogelijk concrete conclusies oplevert, zijn voorafgaand stellingen aan de deelnemers toegezonden. Ze kunnen in de loop van de discussie behulpzaam zijn bij de formulering van deze beleidsrelevante conclusies. Aan het slot van de conferentie kan bepaald worden wat met de conclusies gedaan wordt.

In het eerste deel van de conferentie zullen als sprekers optreden prof.dr. L. Ginjaar, als voorzitter van de Programma Commissie SEGV, en prof.dr. P.J. van der Maas, als secretaris van dezelfde commissie. Na afloop van hun inleidingen zullen zij, samen met dr. J.P. Mackenbach (onderzoekskoördinator van de Programma Commissie), in discussie treden met de aanwezigen.

In het tweede gedeelte zijn drie thema's aan de orde:

1. Aanvaardbare en onaanvaardbare SEGV; criteria voor het onderscheid. Prof.dr. L. Gunning-Schepers zal met een inleiding eerder verspreide stellingen toelichten. T. Netelenbos treedt hierbij op als co-referent.
2. SEGV en overheidsbeleid. De stellingen zullen hier worden toegelicht met een inleiding van dr. G.M. van Etten en een commentaar van ir. A.W.M. Balemans.
3. SEGV en beleid van betrokken maatschappelijke organisaties. De toelichting op de stellingen wordt hier verzorgd door dr. J.A.M. Hulshof; dr. H.K. Klamer levert commentaar.

3. SEGV, WAT WETEN WE ERVAN?

3.1 Onderzoek naar SEGV, nu en in de toekomst. Inleiding door prof.dr. L. Ginjaar (voorzitter Programma Commissie)

Het doel van deze conferentie is een discussie over kansen voor beleid met betrekking tot sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het is dan een goede gedachte om alvorens daarop in te gaan de volgende vragen te beantwoorden. Wat weten we ervan? Is ons inzicht groot genoeg? Weten we waarop eventuele maatregelen moeten aangrijpen? Professor Van der Maas zal hierop straks uitvoerig inhoudelijk ingaan. Aan mij de taak om U iets over de Programma Commissie te vertellen.

Voorgeschiedenis

In een groot aantal onderzoeken is aangetoond dat in met Nederland vergelijkbare landen belangrijke verschillen in gezondheid bestaan tussen mensen met een verschillende sociaal-economische status (SES). We weten dat deze verschillen vrijwel steeds in het nadeel zijn van mensen met een lagere SES. In Nederland hebben wij op het gebied van onderzoek naar de relatie tussen die SES en gezondheidsverschillen maar een bescheiden traditie. Toch is bekend dat ook hier deze verschillen bestaan.

Waarom is in Nederland aan het onderzoek op dit gebied relatief weinig aandacht besteed? Twee dingen kunnen daarbij genoemd worden. In de eerste plaats hebben we het in algemene zin gewoon goed in dit land, vergeleken met de omstandigheden van bijvoorbeeld honderd jaar geleden. Verschillen in gezondheid gerelateerd aan verschillen in sociaal-economische status (SES) waren toen duidelijk zichtbaar. Tegenwoordig is de gezondheidstoestand in alle lagen van de bevolking veel beter en zullen de verschillen op een andere wijze duidelijk gemaakt moeten worden.

Een tweede reden is de ingewikkeldheid van het probleem. Het gaat om een groot aantal uiteenlopende oorzakelijke factoren, die elkaar beïnvloeden en nauw met elkaar samenhangen. Dat maakt overigens het opzetten en uitvoeren van een onderzoekprogramma tot een uitermate boeiende uitdaging.

Het verschijnen van de Nota 2000 markeerde een omslag in de belangstelling van de overheid voor SEGV. Als vervolg hierop was er een WRR-WVC-conferentie in 1987, die in staat bleek om de belangstelling verder aan te wakkeren.

De Programma Commissie SEGV

Aan het einde van 1987 werd de Programma Commissie SEGV geïnstalleerd. Ze kreeg voor haar activiteiten een periode van vijf jaar en een ruim budget ter beschikking.

Het vaststellen van een onderzoekprogramma bleek geen eenvoudige zaak. Er is een innoverende benadering nodig die kennis van zaken en creativiteit vereist. Dit geldt zowel waar conclusies getrokken moeten worden over oorzaak en gevolg, als waar interveniërende maatregelen moeten worden geformuleerd. Het is bovendien van belang dat resultaten van wetenschappelijk onderzoek regelmatig getoetst worden.

De doelstellingen van het programma, zoals dat door de commissie moest worden ontwikkeld, kunnen kort worden samengevat in een aantal aspecten:

- Het vormen van een documentatiecentrum over SEGV.
- Het op ruime schaal onder de aandacht brengen van SEGV bij het publiek, onderzoekers, instellingen en politici.
- Het stimuleren van het op een uniforme wijze opnemen van sociaal-economische indicatoren in registratie en in epidemiologisch onderzoek.
- Het tot stand brengen en coördineren van onderzoeken.
- Het voorbereiden van longitudinaal onderzoek.
- Het leggen van internationale contacten om ook tot een internationale afstemming en eventueel samenwerking te komen.

Deze doelstellingen werden door de Commissie programmatisch gecategoriseerd in een viertal onderdelen:

- beschrijvend onderzoek: welke factoren zijn te onderscheiden bij SEGV; hoe groot zijn zij; welke is hun ontwikkeling in de tijd;
- verklarend onderzoek: hoe komen SEGV tot stand; welke is de bijdrage van de verschillende determinanten en hoe beïnvloeden deze elkaar;
- interventie-onderzoek: waar kan worden ingegrepen, welke zijn de te verwachten effecten;

- beleidsonderzoek: welke zijn de politieke c.q. beleidsmatige aspecten.

Intussen heeft één en ander geleid tot de opzet van een groot aantal onderzoeksprojecten: in totaal 34 tussen 1988 en 1992. In februari 1991 heeft de commissie een bijeenkomst belegd, waarin hierover verslag werd uitgebracht. Over de resultaten die tot nu toe bereikt zijn, kan in globale zin het volgende gezegd worden.

Het beschrijvende onderzoek verloopt uiterst moeizaam. In bijna geen enkele registratie in de gezondheidszorg zijn gegevens over inkomen, opleiding en beroep, de centrale indicatoren voor de bepaling van SES, opgenomen. Ook de koppeling van registratiesystemen is moeilijk. In dit taakveld kunnen in feite slechts "uitspraken - bij benadering" gedaan worden.

Het verklarende taakveld heeft een heel ander karakter. Hierbij moet overigens vooraf worden opgemerkt, dat men zich goed moet realiseren dat verschillende mechanismen operationeel zijn, terwijl tevens een veelheid aan determinanten voor ongezondheid bestaat. Naar aanleiding van tot nu toe afgesloten onderzoek, kunnen we constateren dat het verklarende onderzoek interessante gegevens heeft opgeleverd en dat er alle reden tot voortzetting is. Hierbij kunnen de volgende doelstellingen worden geformuleerd:

- ontrafeling van de samenhangen tussen de factoren die bijdragen tot SEGV;
- vaststelling van het relatieve belang van de verschillende mechanismen en factoren.
- vergroting van de kennis over de verdeling van de risicofactoren vanuit de invalshoeken van inkomen, opleiding en beroep.

Verder onderzoek

Na deze globale impressie van de inspanningen die verricht zijn, kan het volgende worden opgemerkt over hetgeen er gaat gebeuren in de komende twee jaar, de looptijd die de commissie nog heeft.

Allereerst zullen de verklarende studies worden voortgezet. In de tweede plaats zal geprobeerd worden om te komen tot een duidelijke rapportage van de beschikbare resultaten, met duidelijke conclusies. Ten derde zal er in de komende periode aandacht worden besteed aan aanzetten voor de

studies na 1993. Uit de woorden van de staatssecretaris bleek al, dat hiervoor financiële mogelijkheden zullen zijn.

Na 1993 liggen er vooral ook taken op het gebied van interventie-onderzoek. De huidige commissie zal hier niet aan toe komen. Ter voorbereiding van nadere inspanningen op dit gebied, wil deze commissie in 1992 een internationale workshop organiseren, om te kijken hoe deze problematiek in andere landen wordt aangepakt.

Een ander onderdeel van het toekomstige programma is longitudinaal onderzoek; dit type onderzoek is van eminent belang voor een goed inzicht in SEGV. Tenslotte zal het begrip monitoring verder uitgewerkt moeten worden.

Dames en heren, ik gaf eerder een viertal taakvelden: beschrijving, verklaring, interventie en beleid. Onderzoek met betrekking tot beleid komt nog niet in ons programma voor. De huidige Programma Commissie is van mening dat dit type onderzoek in de toekomst begeleid zal moeten worden door een commissie van een andere samenstelling.

Ten slotte

Na deze vogelvlucht, wil ik graag nog enige slotopmerkingen maken.

In de eerste plaats is het belangrijk om steeds goed te beseffen, dat verschillen in gezondheid het resultaat zijn van een veelheid van factoren in een onderlinge wisselwerking. Deze factoren kunnen worden verdeeld naar een vijftal categorieën: genetische factoren, exogene of omgevingsfactoren, leefstijlen en gedragspatronen, sociaal-economische factoren, en effecten van de gezondheidszorg. Het gaat derhalve niet om sociaal-economische omstandigheden alleen. Wel is het zo, zoals Schuyt opmerkt naar aanleiding van de onderlinge verbanden tussen de verschillende factoren, dat deze leiden tot een opeenhoping van maatschappelijke achterstandsposities bij bevolkingsgroepen met eenzelfde sociaal-economische status.

Het mag naar aanleiding van het bovenstaande duidelijk zijn, dat men allerminst lichtvaardig kan denken over het vinden van oplossingen. Bovendien blijkt dat een doeltreffende aanpak een breder kader vergt dan het gezondheidsbeleid alleen; er zijn andere beleidsterreinen die een minstens even grote, of zelfs grotere, invloed kunnen hebben.

In de tweede plaats ligt er een gat tussen wat de wetenschap kan geven, en datgene wat het beleid graag zou willen hebben. Dit geeft een spanningsveld, waarbij de waarschuwing gepast is, dat de wetenschap niet op de stoel van het beleid moet zitten, en omgekeerd dat het beleid niet onder de naam wetenschap beleid moet voeren.

In de volgende fase van het onderzoek, zoals wij ons die voorstellen, zal het interventie-onderzoek een belangrijk aspect zijn. Ik hoop en verwacht dat de discussie tijdens deze conferentie een belangrijke stimulans zal zijn voor het opzetten van het programma op dit punt.

Tot besluit wil ik hier memoreren dat de voortreffelijke voortgang in het onderzoek tot nu toe niet in het minst te danken is aan de secretaris en de coördinator van de Programma Commissie, de heren Van der Maas en Mackenbach.

3.2 SEGV in Nederland, wat weten we wel en wat weten we niet? Inleiding door prof.dr. P.J. van der Maas (secretaris Programma Commissie)

De titel van dit verhaal is: "wat weten we wel en wat weten we niet?". Hier hoort mijns inziens nog een derde categorie bij: wat weten we ongeveer? In verband met het thema SEGV komt het namelijk vaak voor dat we ongeveer weten hoe de zaak in elkaar zit, zonder dat precies duidelijk is wat daar achter zit.

Bij deze drie vragen hoort voorts nog een vierde: wat kunnen we daar aan doen? Daarmee bedoel ik dan: wat kunnen we aan deze gaten in onze kennis doen?

Wat weten we wel?

In Nederland geven veel gezondheidsindicatoren een ongelijke verdeling te zien. Dat was eigenlijk de enige kennis waarmee de commissie in 1987 begon. We wisten dat er SEGV bestonden. Inmiddels hebben we deze een stuk beter kunnen kwantificeren. Veel determinanten van ongezondheid zijn, ook in Nederland, ongelijk verdeeld.

In de eerste helft van deze presentatie zal ik nu de bijdrage volgen die Mackenbach heeft geleverd aan de conferentiebundel (Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid, preadviezen, WRR 1991, V72, blz. 23 t/m 40). Enige conclusies:

- het verschil in gemiddeld geboortegewicht naar de hoogst en de laagst opgeleide moeders is tweehonderd gram. Dat lijkt weinig, maar is tamelijk veel; het gaat uiteraard vooral om de verdeling die daar achter steekt. Het betekent dat er in de lagere SES-groepen méér kinderen met een echt te laag geboortegewicht worden geboren;
- een verschil in lichaamslengte naar opleidingsniveau, vanouds een heel belangrijke indicator voor een te verwachten gezondheid, bestaat bij volwassen mannen uitdrukkelijk;
- het aantal gezondheidsklachten bij laag opgeleiden is aanmerkelijk meer dan bij mensen met een hoge opleiding (het verschil bedraagt een factor van meer dan 1,5);
- ook waar het gaat om het aantal langdurige aandoeningen zijn lager opgeleiden slechter af;
- gaat het om het percentage personen met ernstige lichamelijke beperkingen, dan is er een nog steilere gradiënt (het verschil bedraagt hier een factor 3). In het dagelijks leven zijn mensen dus in zeer ongelijke mate door gezondheidsproblemen belemmerd in hun activiteiten;
- de kans op langdurige arbeidsongeschiktheid verschilt zelfs met een factor 2,5 tussen de laagst en de hoogst opgeleiden;
- de kans op sterfte is in Rotterdam voor laag opgeleiden een factor 1,7 groter dan voor hoog opgeleiden. Elders geldt in grote lijnen hetzelfde.

Samenvattend kan gesteld worden, dat er een groot aantal gezondheidsindicatoren is, die we inmiddels gekwantificeerd hebben; de gradiënt is indrukwekkend. Wat heel belangrijk is, ik kom daar later op terug, is dat er geen gradiënt gevonden wordt in de lichaamslengte van zuigelingen. Onzeker is de stand van zaken met betrekking tot een heel belangrijke andere klassieke indicator voor SEGV: de perinatale sterfte.

Dit overzicht kan worden vervolgd met enige conclusies die uit de bijdrage van Mackenbach kunnen worden getrokken met betrekking tot determinanten van ongezondheid.

Ongunstiger cijfers bij lagere sociaal-economische status doen zich voor bij:

- sigaretten roken (geringe gradiënt)
- overgewicht (een enorme gradiënt)
- zwaar werk (alleen op het laagste opleidingsniveau)
- woonomstandigheden (duidelijke gradiënt)
- psycho-sociale stressoren
- sociale steun
- adequaat aanbod en gebruik van gezondheidszorg.

Een dergelijke gradiënt is niet te vinden bij determinanten als alcoholgebruik, hoge bloeddruk, hoog serumcholesterol en vetgehalte van de voeding.

Concluderend mag hiermee gesteld worden, dat we een groot pakket hebben aan kennis in beschrijvende zin.

Wat weten we ongeveer?

Met betrekking tot de verklaring van bestaande SEGV kan het volgende worden opgemerkt. We hebben net gezien dat in beschrijvende zin een groot aantal determinanten ongelijk verdeeld is. Ze zijn ook echt van invloed op de ongelijke verdeling van gezondheidseffecten. Maar de relatieve bijdrage van de afzonderlijke determinanten en hun interacties zijn in de meeste gevallen kwantitatief nog niet goed te schatten.

Een andere vraag betreft de trends in SEGV. We weten zeker dat zo'n 100/150 jaar geleden de SEGV veel groter waren dan op dit moment. Interessant is dat we inmiddels ook weten dat ze kleiner zijn geweest dan nu. Dit was het geval tussen het eind van de jaren 30 en het begin van de jaren '60. Op dit moment nemen de SEGV bij volwassenen in Nederland weer toe.

Hoe gaat dat nu verder?

Belangrijk bij de beantwoording van deze vraag, is het gegeven dat bij zuigelingen nauwelijks lengteverschillen worden aangetroffen, terwijl verschillen in zuigelingensterfte vermoedelijk erg klein zijn. We weten derhalve niet goed wat er, in termen van trends, op dit moment al

onderweg is. Interventie-effecten zijn pas op lange termijn zichtbaar en bovendien altijd moeilijk te identificeren. Met andere woorden, er verandert zo veel tegelijk ten gevolge van ingrepen uit een ver en nabij verleden, dat de effecten van een afzonderlijke beleidsbeslissing zelden aanwijsbaar zijn. Dit lijkt me van groot belang voor de discussie hier: met interventies in SEGV kun je politiek moeilijk "scoren".

Wat weten we niet?

We weten beslist niet de kwantitatieve bijdrage van, en de interacties tussen de verklarende factoren. Dat is natuurlijk heel vervelend als je een interventiestrategie wilt uitzetten. Hier moet nog veel gebeuren. Wat we ook niet weten op dit moment, is wat de omvang van interventie-effecten of non-interventie-effecten zal zijn. Dit maakt het in zekere zin lastiger om te interveniëren.

In gedachten houdend, dat we het hebben over wat we niet weten, toon ik u toch een tabel waar iets over die interventies in staat.

Interventie-routes	Mogelijke bijdrage aan SEGV		
	verleden	kan tot toename leiden?	kan tot afname leiden?
Sociaal-economisch beleid	afname	ja	?
niet-medische preventie	afname	ja	ja
medische preventie	?	ja	ja
curatieve gezondheidszorg	?	ja	nee

Er worden hier vier interventie-routes geschilderd. Wat hebben ze bijgedragen in het verleden?

In verband met sociaal-economisch beleid is het natuurlijk uiterst aannemelijk dat dit tot een afname van SEGV heeft geleid. Voor niet medische preventie geldt hetzelfde (men denke hierbij aan arbeidsomstandigheden, woonsituatie e.d.). De medische preventie heeft in twee richtingen gewerkt. Aan de ene kant heeft ze bijgedragen tot een verkleining van gezondheidsverschillen (inenting, consultatiebureaus). Aan de

andere kant weten we vrijwel zeker dat gezondheidsvoorlichting en -opvoeding ook een bijdrage hebben geleverd aan de toename, doordat hoger opgeleiden de informatie eerder oppikten en toepasten. Over de effecten van de curatieve gezondheidszorg kan men moeilijk uitspraken doen; onder de omstandigheden die na de tweede wereldoorlog heersten (pas sindsdien is de gezondheidszorg meetbaar effectief), heeft de curatieve gezondheidszorg waarschijnlijk niet bijgedragen tot een toename van de verschillen, hoewel dit voor de hart- en vaatziekten niet helemaal is uit te sluiten.

Wat kunnen we nu voor de toekomst verwachten?

Met sociaal-economisch beleid kun je de gezondheidsverschillen doen toenemen, bijvoorbeeld door een groep mensen beneden 't minimum te laten zakken. Bij de vraag of je langs deze weg uitgaande van de huidige situatie ook afname kunt bewerkstelligen, zet ik oprecht een vraagteken.

Met niet-medische preventie kun je twee kanten op. Met arbeidsomstandighedenbeleid bijvoorbeeld kan ongetwijfeld een bijdrage worden geleverd aan afname van SEGV. Van afwezigheid of reductie van beleidsinspanningen kan een toename het gevolg zijn.

Ook medische preventie kan in twee richtingen werken. Wordt slechts preventie aangeboden, zonder gerichte inspanningen, dan draag dit waarschijnlijk bij aan toename van SEGV. Inspanningen, gericht op specifieke groepen, de staatssecretaris noemde ze ook al, kunnen bijdragen tot afname.

De curatieve gezondheidszorg kan leiden tot een toename van SEGV, namelijk door een ongelijke toegankelijkheid, die momenteel overigens nauwelijks bestaat. Bij gelijke toegankelijkheid betwijfel ik echter of je via de curatieve gezondheidszorg de huidige verschillen ook kunt doen afnemen.

Als men dit nu in zijn geheel beziet, dan blijkt dat de "natuurlijke" tendens is, dat verschillen zullen toenemen. Het doen afnemen van verschillen vereist een veel grotere inspanning, zowel intellectueel als qua beleidsvorming.

Wat kunnen we doen aan het gebrek aan kennis?

- a. Waar het gaat om verdere kwantificering ten behoeve van het inzicht in de interactie tussen de verklarende factoren voor SEGV,

is het vooral een kwestie van nader onderzoek, liefst longitudinaal. Een duurzame inspanning op dit terrein is gewenst.

b. Voor kennisvermeerdering ten behoeve van interventiebeleid staan de volgende wegen open.

- Internationale vergelijking

Dit is buitengewoon ingewikkeld, maar van vitaal belang omdat we willen weten of in landen met een ander sociaal-economisch beleid of een niet gelijkkelijk toegankelijke gezondheidszorg de SEGV groter zijn dan in Nederland. In de commissie is dan ook besloten om de inspanning uitdrukkelijk hierop te richten, ook op korte termijn.

- Monitoring van SEGV. Het bewaken van de ontwikkeling in SEGV is een voorwaarde voor het (evalueren van) interventiebeleid.

Dit vereist enerzijds standaardisering van meetinstrumenten, in een aantal gevallen is tevens de koppeling van gegevensbestanden van groot belang. Dit laatste wil ik graag benadrukken.

- Modelberekeningen

De volksgezondheid heeft een groot complex aan determinanten; ze is op haar beleidseffecten slechts te begrijpen als deze gezamenlijk onderzocht worden. Wiskundige modellen zijn voor een beter begrip absoluut noodzakelijk. Vanwege gebrek aan informatie komt de huidige commissie hier nog niet aan toe.

- Interventie-experimenten

- Beleid vooraf en achteraf toetsen op effecten voor SEGV (zelfs al moet dit gebeuren met onze huidige deficiënte kennis).

Slot

Als we uitgaan van een gezondheidsverbetering voor de totale bevolking dan zijn er drie mogelijke ontwikkelingen: óf iedereen profiteert evenveel, óf er is sprake van een afname van SEGV, óf er is sprake van een toename van SEGV. Zouden wij zeggen dat de ontwikkeling waarbij de SEGV zouden afnemen de meest wenselijke is, dan zullen we een grotere inspanning moeten leveren dan nodig in de beide andere gevallen. Bij een

beperkt budget zal dan moeten worden gekozen voor een netto totaal geringere gezondheidswinst dan haalbaar kan zijn in het derde model.

Graag besluit ik dit betoog met enige puntsgewijze conclusies:

- De omvang van SEGV in Nederland is inmiddels veel beter in kaart gebracht dan in 1987, evenals de spreiding van een aantal determinanten van gezondheid.
- Ook over de verklaring van en de trends in SEGV is op dit terrein meer bekend dan in 1987. Op het gebied van onderzoek vertoonde Nederland in 1987 een achterstand ten opzichte van andere landen. Op dit moment wordt Nederland internationaal gezien als een van de vooroplopende landen. Dat is niet alleen aan de Programma Commissie toe te schrijven; het onderwerp heeft ook in het algemeen meer wetenschappelijke belangstelling.
- Over de te verwachten omvang van (non-)interventie-effecten is nog vrijwel niets bekend. Deze derde conclusie bepaalt de verdere onderzoeksstrategie van de commissie die eerder voor u werd geschetst. Verder onderzoek zal primair gericht zijn op de ondersteuning van interventie strategieën.
- Het is makkelijker SEGV te laten toenemen dan ze te doen afnemen.
- SEGV-reductie vereist lange termijn visie en is achteraf zelden tot afzonderlijke interventies te herleiden.
- SEGV-beleid berust altijd op onvolledige kennis, maar kan desondanks effectief zijn.

Deze conclusies dragen hopelijk bij aan een vruchtbare discussie.

3.3 Discussie met prof.dr. L. Ginjaar, prof.dr. P.J. van der Maas en dr. J.P. Mackenbach

De voorzitter leidt de discussie in. Het is de bedoeling dat ze vooral een informatief karakter zal hebben.

Zunderdorp verzoekt de inleiders om nader in te gaan op de beleidsrelevantie van het onderzoekprogramma. Biedt dit programma ook aanknopingspunten voor beleid op een termijn die wél te overzien is?

Mackenbach meent dat dit inderdaad het geval is. Van der Maas gaf in zijn betoog onder de kop "wat weten we wel" een aantal determinanten aan, waarbij een zeer scheve verdeling blijkt. We kunnen bijvoorbeeld een substantiële bijdrage aan de verkleining van SEGV verwachten van maatregelen die leiden tot een minder scheve verdeling van overgewicht of slechte arbeidsomstandigheden.

Ginjaar beaamt dit. Hij wenst echter nogmaals te benadrukken dat we spreken over een thema, waarbij we te maken hebben met een grote verwevenheid van factoren op allerlei terreinen. Het is erg moeilijk om tot een integrale aanpak van SEGV te komen.

Vos vraagt Van der Maas welk beeld deze heeft van de maatschappij die ontstaat indien het beleid ter vermindering van SEGV zou slagen. Daarnaast wijst hij op de resultante van het beleid in de jeugdgezondheidszorg. Als gevolg van de bezuinigingen begint de preventie in de stedelijke agglomeraties, de grens van de beschaving te overschrijden. De resultante is heel hard.

Van der Maas beklemtoont dat "geslaagd beleid" voor hem in belangrijke mate inhoudt: voorkómen dat er verdere divergentie optreedt. De samenleving die wij volgens hem geen van allen willen, is er één als op Manhattan. Aan een beleid gericht op convergentie kleven absoluut geen nadelen; het zal nooit leiden tot de zo gevreesde uniformiteit. De jeugdgezondheidszorg is een heel goed voorbeeld van beleid waarvan de effecten nooit echt goed bewezen zijn, maar waarvan men wel kan zeggen dat het om een deelterrein gaat waarbij de risico's van afwezigheid van beleid heel groot zijn.

Van Praag vraagt wie in Nederland het onderzoek verricht dat door de commissie gesubsidieerd wordt. Wat vindt daarbuiten nog plaats?

Zijn tweede vraag betreft interventie-onderzoek. Hoe stelt de commissie zich dit in de praktijk voor? Indien men de samenleving als een soort laboratorium zou beschouwen, dan dringt zich het vraagstuk van rechtsongelijkheid op.

Mackenbach licht toe dat er tussen de twintig en dertig onderzoeksprojecten gestart zijn, grotendeels verworven via open inschrijving. In de lijst van instellingen die dat onderzoek verrichten ontbreekt geen enkele grote instelling in Nederland. Er wordt vanuit uiteenlopende disciplines

deelgenomen, onder andere gezondheidseconomie, sociologie en andere gedragswetenschappen, epidemiologie, voedingsleer.

Van der Maas stelt in reactie op de tweede vraag, dat experimenten goed kunnen worden uitgevoerd zonder dat daarbij sprake hoeft te zijn van onrechtvaardigheid. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat men in de ene stad eenvoudigweg meer investeert in het opheffen van de rookgradiënt dan in de andere. Als men strijdigheid zou constateren met de notie van rechtsgelijkheid, dan zou dat een probleem van wetgeving zijn. Zaken waarvan men vindt dat ze echt een experiment verdienen, zouden dan op eenzelfde wijze beschouwd kunnen worden als geneesmiddelenonderzoek. Er lijkt alle ruimte te zijn voor interventie-experimenten.

Van Praag wijst erop dat er voorbeelden zijn van de sociale experimenten waarop hij doelt. In Amerika is er bijvoorbeeld het beroemde negatieve inkomstenbelasting-experiment. Er zijn wel mogelijkheden. De moeilijkheid is echter: hoe maak je er de Nederlandse samenleving rijp voor om zulke experimenten te accepteren?

Ginjaar meent dat de uitvoering van interventie-experimenten in Nederland in de eerste plaats zeer bemoeilijkt wordt door de regelgeving ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer, en ter bescherming van bestanden. Deze, in zijn ogen overdreven, bescherming werpt een grote drempel op. Het is belangrijk dit onder de aandacht van overheid en politiek te brengen. Een tweede grote drempel is gelegen in het feit dat men vaak het belang van dergelijk onderzoek niet inziet. Daarom is een goede voorlichting aan het publiek een belangrijke doelstelling van de Programma Commissie.

Van der Hoop komt terug op de grafiek waarin Van der Maas toonde dat er tot aan de jaren zestig sprake was van convergentie van SEGV. Kan de geschiedenis ons iets leren over de wijze waarop ook in de toekomst convergentie tot stand kan komen?

Van der Maas licht toe dat voor de genoemde periode de curatieve gezondheidszorg grotendeels buiten beschouwing is gebleven; ze droeg te weinig bij aan de sterftereductie. De verklaring moet hier derhalve echt gezocht worden in de sociaal-economische sfeer. In de genoemde periode is bijvoorbeeld sociale woningbouw tot ontwikkeling gekomen, heel duidelijk ook met gezondheidsmotieven. De arbeidsomstandigheden zijn belangrijk verbeterd, er is onder andere sprake geweest van inkomensverbetering. Het

is heel belangrijk om naar de historie te kijken, juist ook om je te realiseren wat er allemaal gewonnen is.

Van der Hoop vraagt of de conclusie dan juist is, dat deze historische ontwikkelingen zich niet lenen voor extrapolatie naar de huidige situatie.

Mackenbach beaamt dit. De gegevens lenen zich niet voor extrapolatie; we weten niet precies wat ons boven het hoofd hangt. De vernauwing die is opgetreden in SEGV tussen het eind van de vorige en het begin van deze eeuw, komt voor een belangrijk deel voort uit een heel effectieve bestrijding van gezondheidsproblemen die vooral onder lagere sociaal-economische groepen voorkwamen. De achtergrond van de verwijding die er sinds 1960 is opgetreden hangt sterk samen met de epidemie van de harten vaatziekten en andere ontwikkelingen die meer aan leefgewoonten gerelateerd zijn. Als zich in de toekomst weer nieuwe gezondheidsproblemen voordoen, zullen ze gegarandeerd ook weer op een bepaalde manier verdeeld zijn. Voorspellingen hieromtrent zijn echter heel moeilijk.

Scheerder vraagt zich af of, gegeven de hoogontwikkelde Nederlandse samenleving met haar sociaal-economische bestel, de mogelijkheden voor verandering in SEGV in de toekomst niet erg marginaal zijn. Hij verwijst naar de grenzen aan de maakbaarheid van samenleving. Wordt in de stellingen niet aan een overmaat van beïnvloeding van het beleid gedacht?

Ginjaar benadrukt allereerst dat de stellingen niet van de Programma Commissie afkomstig zijn. De overheid heeft naar zijn mening wel degelijk een taak en verantwoordelijkheid om voorwaarden te scheppen. Een vraag voor de discussie van morgen is dan of er op het onderhavige terrein sprake moet zijn van een terugtrekkende overheid.

De Graaf stelt dat een eeuw geleden de sociaal-economische verschillen groot waren. Ze zijn nu vrij goed weggewerkt: zonder enig onderzoek. Wordt er nu niet al te veel onderzocht, voordat men tot beleid komt?

Van der Maas bestrijdt dit. Ook aan het wegwerken van verschillen in het verleden lag veel onderzoek ten grondslag. Het is absoluut aannemelijk dat onderzoeksresultaten ook politiek de doorslag hebben gegeven voor bijvoorbeeld grootscheepse sociale woningbouwprogramma's.

Gezondheidsverbetering is in Nederland nog wel degelijk mogelijk. In het onderzoek werken wij nu meer op de vierkante centimeter, omdat de

verschillen veel minder makkelijk zichtbaar zijn dan vroeger; om ze te vinden moet je ze moeizaam uit de statistiek halen. In vergelijking tot het verleden leveren we in feite een grotere inspanning voor een relatief geringere winst. Maar we accepteren een afnemende meeropbrengst. Dat is een gezamenlijke keus die erop berust dat we allen grote waarde aan gezondheid hechten.

De Vijlder komt terug op het gegeven dat SEGV tegenwoordig weer divergeren. In relatie hiermee wijst hij op een stelling in de jongste onderwijsbegroting: "de ongelijkheid sluipt de school weer binnen". Deze stelling is onder meer gebaseerd op peilingen van het onderwijsniveau in het basisonderwijs, die leren dat allochtone leerlingen achterblijven bij leerlingen uit traditionele arbeidersgezinnen. Is er op grond van dergelijke factoren iets te zeggen over het risico van verdere divergentie van SEGV in de toekomst?

Mackenbach benadrukt nog eens dat het erg moeilijk is een goede voorspelling te doen. Er zijn tendensen die wijzen in de richting van verdere toename (bijv. in de sociaal-economische sfeer) maar ook tendensen die duiden op convergentie (bijv. afnemende lengteverschillen bij kinderen). Hij durft geen voorspelling te doen over het netto-effect van deze ontwikkelingen.

Sonneveldt komt terug op eerdere uitspraken omtrent het feit dat het huidige onderzoek gekarakteriseerd wordt als werken op de vierkante centimeter. Hij meent dat er veel beleid geformuleerd kan worden, zonder dat daarvoor zo gedetailleerd onderzoek nodig is. Kijkend naar de instroom in de WAO, is bijvoorbeeld duidelijk aan te geven dat arbeidsomstandigheden erg belangrijk zijn in verband met SEGV; in bedrijfstakken waar hieraan systematisch aandacht wordt besteed is ook sprake van een vermindering. Een ander voorbeeld is het verband tussen langdurige werkloosheid en ongezondheid.

Van der Maas heeft niet de indruk willen wekken dat er geen beleid gevoerd zou kunnen worden op grond van onvolledige kennis. Onderzoek zou geen reden moeten zijn om beleid uit te stellen.

De voorzitter sluit de discussie met dank aan de inleiders.

4. AANVAARBARE EN ONAANVAARBARE SOCIAAL-ECONOMISCHE GEZONDHEIDSVerschillen; CRITERIA VOOR HET ONDERSCHIED

4.1 Discussiestellingen

De discussiestellingen over aanvaardbare en onaanvaardbare sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn genummerd 1.1 t/m 1.8.

- 1.1 Bepaalde sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn inherent aan ons maatschappelijk bestel en zijn daardoor onvermijdelijk en daarmee ook aanvaardbaar.
- 1.2 Het is onaanvaardbaar dat groeperingen met een lagere sociaal-economische status minder effectief gebruik maken van de beschikbare gezondheidszorg.
- 1.3 Er bestaat een vrij sterke correlatie tussen opleidingsniveau en gezondheidsstatus. Het beleid op diverse terreinen (arbeidsmarkt, onderwijs, inkomen) dient tegen te gaan dat er groeperingen zijn die systematisch minder kans hebben op onderwijs en andere vormen van scholing en voorlichting, zodat hierdoor vanaf de kindertijd reeds een achterstand ontstaat in mogelijkheden tot maatschappelijke ontplooiing en, daaraan gekoppeld, het behoud van een optimale gezondheid.
- 1.4 Het beleid dient tegen te blijven gaan dat er groeperingen zouden bestaan met een inkomen dat hen niet in staat stelt te voorzien in primaire levensbehoeften, met als gevolg een aantasting van hun gezondheid.
- 1.5 Uit onderzoek blijkt dat werkomstandigheden mede SEGV veroorzaken. Het is gewenst te vermijden dat er werkomstandigheden vóórkomen waarbij geen rekening wordt gehouden met de negatieve effecten daarvan op de gezondheid van de werknemers; effecten die zich vooral manifesteren bij de groepen met de laagste maatschappelijke positie.
- 1.6 Ook het ongewenst werkloos zijn heeft negatieve effecten op de gezondheid en treft met name groeperingen met een lage sociaal-economische positie. Het beleid op het gebied van arbeidsmarkt, lonen en scholing dient te bevorderen dat zwakke groeperingen betere kansen krijgen op betaalde arbeid.

- 1.7 Zo veel mogelijk moet worden vermeden dat er in woongebieden waar voornamelijk bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status wonen, significant meer sprake is van ziekmakende milieu-invloeden in de vorm van geluid, stank, onveiligheid, toxische stoffen, of anderszins.
- 1.8 Ongezonde leefwijzen als roken en onevenwichtige voeding komen frequenter voor bij groeperingen met een lagere maatschappelijke positie. Bevorderd dient te worden dat mensen hun individuele verantwoordelijkheden betreffende een gezond gedrag beter ter harte nemen.

4.2 Toelichting op de stellingen door prof.dr. L. Gunning-Schepers (Instituut voor Sociale Geneeskunde, Amsterdam, lid Programma Commissie)

Aan mij de taak om het onderwerp van de discussie van vandaag nader af te bakenen. We willen het hebben over de kansen voor beleid om SEGV terug te dringen.

In de bundel ten behoeve van deze conferentie is me opgevallen, dat geen van de auteurs SEGV beschouwt als wenselijk of nuttig. Ik neem daarom aan, dat geen van de aanwezigen SEGV wil bevorderen. Dit vergemakkelijkt de discussie aanzienlijk. De vraag die blijft staan luidt: kunnen en willen we ons inspannen om SEGV terug te dringen?

Bij beantwoording van deze vraag zouden de volgende criteria gehanteerd moeten worden:

1. Vermijdbaarheid

Het heeft weinig zin om te praten over dingen die op dit moment niet veranderd kunnen worden, ook al zou men ze onaanvaardbaar vinden.

2. Onwenselijkheid

Dit woord verkies ik boven het meer normatieve "onaanvaardbaarheid".

De SEGV zijn niet allemaal te vermijden. Laten we ons concentreren op die aspecten waarvan we weten dat ze wél te vermijden zijn, en tot die verschillen die we onwenselijk achten.

De volgende vraag is dan: wanneer vinden we SEGV onwenselijk? Het eerste criterium voor beantwoording van deze vraag zou kunnen zijn, dat we de keuzevrijheid niet willen aantasten. De SEGV die voortvloeien uit vrije keuzen van het individu zouden geen onderwerp van beleid moeten zijn. We zijn het tegelijk echter wel over eens dat we gelijke kansen op gezondheid zouden willen aanbieden aan die individuen. Indien dit als tweede criterium wordt gekozen, dan kunnen we wellicht een aantal factoren aangeven, waarmee die gelijke kansen geïdentificeerd kunnen worden.

Met betrekking tot gelijke kansen waarvoor in eerste instantie de overheid verantwoordelijk is, kan de volgende verdeling gemaakt worden.

- Gelijke kansen op gezondheid via effectieve gezondheidszorg.

We bieden gezondheidszorg aan voor iedereen. Dan zouden we er ook vanuit moeten gaan, dat iedereen daarvan in gelijke mate profiteert. Is dit niet het geval, dan is het zaak om de vraag te stellen of wellicht de wijze van aanbieden veranderd zou moeten worden. Als voorzet voor de discussie voeg ik hieraan toe, dat we hier te maken zullen krijgen met de afweging tussen de benodigde investering voor gelijkmatiger verdeling enerzijds, en de investering voor maximalisering van het algemene gezondheidsspeil anderzijds.

- Gelijke kansen op gezondheid via gelijke kansen op onderwijs.

Wat we hier eigenlijk bedoelen, is dat we iedereen gelijke kansen willen geven vanaf het begin van de volwassenheid. Dit betekent dat we in de jeugdperiode, via onderwijs maar bijvoorbeeld ook door jeugd-gezondheidszorg, proberen om mensen niet alvast een negatieve bagage mee te geven.

- Gelijke kansen op gezondheid via garantie op primaire levensbehoeften.

Dat is het hart van de verzorgingsstaat.

Men vindt de bovengenoemde verdeling terug in de eerste vier stellingen behorend bij het thema aanvaardbaarheid. De overige stellingen hebben te maken met meer concrete beleidsmogelijkheden voor het terugdringen van SEGV. Ze betreffen werkomstandigheden, werkgelegenheid, woonomgeving en individuele verantwoordelijkheid betreffende gezond gedrag. Men kan zich voorstellen dat op elk van deze terreinen beleid gevoerd kan worden, waarbij ook SEGV worden teruggedrongen. Het beleid dat er gevoerd wordt, heeft dit echter niet primair tot doel. Wanneer men via deze kanalen wenst SEGV te verminderen, loopt men het risico dat er een belangenafweging zal plaatsvinden tussen gezondheidseffecten enerzijds, en de andere nagestreefde effecten anderzijds.

De discussie over deze laatste onderwerpen zal vooral gevoerd worden met vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties. Ik hoop dat ze tot de conclusie zal leiden dat gezondheidseffecten op z'n minst moeten worden meegewogen in het beleid op deze terreinen.

4.3 Commentaar door T. Netelenbos (voorzitter Vaste Kamercommissie Volksgezondheid)

Aan mij is gevraagd een korte voorzet voor de discussie te geven door te reageren op de stellingen van mevrouw Gunning. Ik zal dit vooral ook doen in de hoedanigheid van lid van de Partij van de Arbeid.

Het is inderdaad zo dat er consensus bestaat over het feit dat wij iets willen doen aan het terugdringen van SEGV. Elke politieke partij in de Tweede Kamer vindt dat hieraan in meer of mindere mate een bijdrage moet worden geleverd, en dat, wanneer deze verschillen vermijdbaar en onwenselijk zijn, dit moet uitmonden in beleid.

Ik denk dat er in grote lijnen vier kernen zijn waarlangs iets gedaan kan worden aan het terugdringen van SEGV:

1. Onderwijsbeleid

De discussie zou hier echter niet moeten starten bij volwassenen. Erg belangrijk is mondigheidsbevordering. We moeten proberen om ook al in de opvoeding van jongeren "incentives" in te brengen, waardoor men ontvanke-

lijk is voor het werken aan een gezond leven. Hiermee zul je heel jong moeten beginnen. Via mondigheidsbevordering en gezondheidsopvoeding in het basis- en middelbaar onderwijs kan een belangrijke bijdrage worden geleverd.

2. Onderzoeksbeleid

Er zal meer dan tot nu toe aandacht moeten worden gevraagd voor de oorzaken van SEGV, en voor wat we kunnen doen in het kader van preventie. Er gaan mijns inziens te weinig onderzoeksgelden naar preventie-onderzoek en -beleid.

3. Opleiding van degenen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg

Met name de artsen zullen beter dan tot nu toe moeten leren "verstaan tussen de regels door". Naar mijn mening is mondigheid een belangrijke reden voor het feit dat de één meer uit de gezondheidszorg haalt dan de ander. En dan heb ik het nog niet eens over mensen die onze taal niet beheersen. Aandacht voor dit probleem in de beroepsopleiding is nodig. Het besluit voor verlenging van de huisartsenopleiding juich ik dan ook van harte toe.

4. Overheidsbeleid en -voorlichting

Er wordt veel geld uitgetrokken voor voorlichting. De meningen over de effectiviteit ervan lopen uiteen. Er zijn wel successen, echter met name bij die groepen die mondig zijn. Er moet dus vooral worden nagedacht over de wijze waarop de moeilijk bereikbare groepen aan te spreken zijn. Het lijkt zinvol om hierbij gebruik te maken van de kennis van mensen die op lokaal niveau werken. Dat de tabaksreclame in Nederland nog niet is stopgezet, acht ik overigens een treurige zaak.

Voor wat betreft overheidsbeleid tenslotte, ben ik het niet eens met de uitspraak van Gunning dat daar waar de vrije keuze van de burger aan de orde is, géén beleid hoeft te worden ontwikkeld. Naar mijn mening zou je de vrije keuze moeten willen beïnvloeden als je meent dat deze ongezonde gevolgen heeft.

Dat doen wij ook. Denk bijvoorbeeld aan het rookverbod voor openbare ruimtes. We kunnen wel degelijk nadenken over mogelijkheden om dingen die ongezond zijn meer te belasten, duurder te maken, en omgekeerd om dingen

die gezond zijn goedkoper te maken. Als dit wenselijk is vanuit volksgezondheidsoptiek, kun je dus als overheid op meer of minder dwingende wijze vrije keuzen beïnvloeden.

Tot slot is het natuurlijk zo dat discussie over stelselherziening, kwalitatief goede gezondheidszorg en goed toegankelijke gezondheidszorg een belangrijke overheidstaak is en blijft. Of er nu meer of minder sprake is van marktwerking. Ik kan mij niet voorstellen dat de overheid op een zodanige afstand komt, dat zij geen beleid kan formuleren waardoor in ieder geval gelijke kansen geoptimaliseerd zullen worden. Juist waar het gaat om "care" (i.t.t. "cure"), zul je als overheid moeten garanderen dat ze voor onze bevolking als totaliteit bereikbaar blijft.

4.4 Discussie

De voorzitter leidt de discussie in. Hij stelt voor deze nadrukkelijk te beperken tot de stellingen, en de commentaren die hierop zojuist geleverd zijn. Het is de bedoeling dat aan de hand van de discussie conclusies geformuleerd worden.

Van Praag merkt op dat hij het eens is met de sprekers. Met name het effect dat van het onderwijs kan uitgaan naar beïnvloeding van ongezond gedrag, verdient nadere aandacht.

Roscam Abbing gaat in op de stelling waarmee Gunning is begonnen: kennelijk is er consensus over de noodzaak om SEGV tegen te gaan, en ze te verkleinen. In het algemeen zullen we het hier over eens zijn. Wanneer men deze stelling echter specificiert, kan het best zijn dat aanvankelijk een divergentie wordt ingebouwd; een deelpopulatie wordt naar een hoger niveau getild, opdat vervolgens het gedrag van die deelpopulatie over de totale populatie wordt uitgebreid. Hiervan zijn talloze voorbeelden. Men kan in dit licht niet a priori zeggen dat alle verschillen negatief zijn; van verschillen gaan juist ook stimulansen uit. Dit gegeven zou betrokken moeten worden bij het formuleren van een interventiestrategie.

Gunning benadrukt in reactie op Roscam Abbing, dat de discussie zich zou moeten concentreren op wat uiteindelijk het doel is. Er kan inderdaad een stimulans uitgaan van verschillen tussen groepen. Het bestaan van dergelijke verschillen mag echter nooit een reden zijn om achterover te leunen. Een tijdelijke toename van SEGV zou een onderdeel kunnen zijn van een duidelijke strategie, die uiteindelijk gericht is op afname.

Lanphen is in verwarring gebracht door een tegenstrijdigheid tussen de betogen van Van der Maas en Netelenbos. Uit het eerste kan worden afgeleid dat de curatieve gezondheidszorg eigenlijk geen bijdrage kan leveren aan het verminderen van SEGV. Netelenbos benadrukte juist, dat met name de artsen beter tussen de regels door moeten leren verstaan. Dat zou een bijdrage leveren aan vermindering van SEGV. Kan Van der Maas zijn uitspraak nog eens toelichten?

Van der Maas heeft willen betogen dat de curatieve gezondheidszorg door haar gelijke toegankelijkheid al een bijna maximale bijdrage heeft geleverd aan het op z'n minst niet vergroten van SEGV. De huidige situatie is relatief zo optimaal, dat men vrijwel alleen nog de kant op kan gaan van afname van die gelijke toegankelijkheid. Dit neemt niet weg dat incidentele interventies, zoals de door Netelenbos genoemd, denkbaar zijn. De effecten hiervan zullen op het totaal bekeken echter uiterst marginaal zijn. Op dit gebied is het meeste reeds bereikt; het gaat er vooral om ervoor te waken dat het niet verloren gaat.

Netelenbos benadrukt nog eens dat er formeel weliswaar sprake is van gelijke toegankelijkheid, feitelijk echter niet. Dit komt vaak door gebrekkige communicatie tussen arts en patiënt. De risico's voor patiënten zijn groter naarmate ze minder verbale vaardigheden hebben. Artsen zullen dus toch beter getraind moeten worden op een goede omgang met hen die verbaal minder vaardig zijn.

Van der Maas onderschrijft dit volledig; op micro-niveau kan het grote effecten hebben. Op macro-niveau echter, zullen de effecten veel minder duidelijk zijn.

Roscam Abbing twijfelt eveneens over het macro-effect van genoemde poging tot vergroting van de toegankelijkheid. Onderzoek toont aan dat lagere SES groepen inderdaad een achterstand vertonen bij het "binnenkomen" in de zorg. Hetzelfde geldt echter voor het "kwijtraken" van de zorg; minder mondigen stappen er veelal ook niet tijdig uit. Het is de vraag of de

effecten van inspanningen om hierin verandering te brengen in verhouding staan tot wat op andere terreinen bereikt kan worden.

Een soortgelijke afweging die aandacht verdient, is de volgende. Men kan proberen om op macro-niveau SEGV te verkleinen. Daarbij kan het soms echter zo zijn dat de overall-inspanning om tot die verkleining te komen zo groot is, dat met andersoortige inspanningen "in toto" een grotere gezondheidswinst geboekt kan worden.

Van Etten merkt op dat er in de discussie al vooruit wordt gelopen op wat later nog aan de orde komt: concretisering van maatregelen. In zijn inleiding zal hij hierop nog terug komen. Op dit moment kan niettemin vast genoemd worden, dat het noodzakelijk is om inspanningen op het gebied van de curatieve gezondheidszorg te handhaven, ook al is de relatieve bijdrage (op macro-niveau) gering.

Van der Hoop is verheugd over het concrete karakter van de discussie. Ze meent dat het cumulatieve effect van maatregelen als genoemd in verband met huisartsen, maar ook in het onderwijs e.a., groot kan zijn. We zouden niet al te bescheiden moeten zijn in het beoordelen van de mogelijkheden; het is ook nodig om het belang van inspanningen goed uit te dragen.

Van Vliet wijst op de noodzaak om meer aandacht te besteden aan het vinden van een methode, waarmee ervaringen die op micro-niveau worden opgedaan, meer produktief gemaakt kunnen worden.

De Graaf kan zich goed vinden in de inhoud van de acht stellingen van dit eerste blok. Daarover kunnen we wellicht consensus bereiken. Ze zijn erg algemeen geformuleerd, de vertaalslag moet echter nog komen. Is het juist niet dié vertaalslag, die kan leiden tot meningsverschillen? En is het wellicht mogelijk om nog een aantal criteria te ontwikkelen, die gehanteerd kunnen worden om tot die vertaalslag te komen? Ze kunnen dan bijvoorbeeld gaan over verdere markering van de toedeling van verantwoordelijkheden. Hoe ver ga je eventueel met regelgeving?

De voorzitter zou de verdere ontwikkeling van dergelijke criteria op zichzelf toejuichen. Hij brengt in herinnering dat Gunning en Netelenbos van opvatting leken te verschillen over de relatie tussen overheidsbemoeyenis en keuzevrijheid van de burger. Kan Gunning een nadere toelichting geven?

Gunning stelt dat zij in haar inleiding geprobeerd heeft aan te geven, dat er een gebied is waarin mensen vrije keuzen maken, en waar we het erover eens zijn dat we ons er niet geheel en al mee willen bemoeien. Het

mooiste voorbeeld hier in Nederland is het vaccinatiebeleid. Vaccinaties zijn niet verplicht, ook al weten we dat het hier gaat om een belangrijke determinant van gezondheid. De vraag hoe ver je wilt gaan met het aanbrengen van structurele veranderingen die keuzevrijheid beïnvloeden, vormt het hart van het politieke debat. We zouden ons moeten richten op het creëren van een omgeving, waarin het mogelijk is om ook werkelijk vrije keuzen te maken, en waar ook het gezondheidsbelang een rol speelt in de omgeving.

De voorzitter merkt op dat de formulering van stelling nummer acht in deze richting wijst. Hij wenst de discussie voort te zetten in de lijn die De Graaf voorstelde.

Mackenbach brengt naar voren dat het weinig verwonderlijk is, dat de eerste acht stellingen weinig discussie oproepen. Je zou kunnen zeggen dat de uitgangspunten die daar geformuleerd worden in feite al ten grondslag liggen aan het huidige beleid. Pas als de aanwezigen een controversiële of prikkelende invulling aan de stellingen kunnen geven, is een interessante discussie te verwachten.

Van Praag sluit aan bij de discussie over de relatie tussen overheidsingrijpen en individuele keuzevrijheid. Hij tendeert om de volgende redenen naar de opvatting van Netelenbos.

De volksgezondheid is in Nederland voor een belangrijk deel een collectieve verantwoordelijkheid geworden. Nu is het zo, dat bijvoorbeeld rokers veel kosten. Er wordt verwacht dat de rest van Nederland voor deze kosten opdraait. Met andere woorden: men kan keuzevrijheid toejuichen, maar dan alleen wanneer daar de werkelijke verantwoordelijkheid voor wordt genomen. Wie zichzelf door vrije keuze een slechte gezondheid heeft bezorgd, zou niet voor de kosten bij de gemeenschap moeten aankloppen.

In dit verband is ook het voorbeeld van de vaccinatie uitermate interessant. Wat had Gunning gedaan als de helft van de bevolking vaccinatie zou weigeren? In dat geval zou het zeer kostbaar zijn om de luxe van de vrije keuze te handhaven.

De voorzitter wijst in verband met de wijze waarop de kosten in de premieheffing moeten doorwerken, op het rapport van de commissie Dunning. We zouden niet moeten werken volgens het principe "eigen schuld, dikke bult". De zogenaamde vrije keus wordt namelijk nogal eens sociaal bepaald. Over de vraag of deze beïnvloed zou mogen worden is hier geen meningsverschil.

Netelenbos beklemtoont dat zij niet helemaal bedoeld heeft wat Van Praag te berde bracht. Bij de formulering van maatregelen is het erg belangrijk tevens goed na te denken over handhaafbaarheid en controleerbaarheid. Een rookverbod in openbare ruimten is goed te handhaven. We moeten echter niet de richting kiezen, waarin we zeggen dat mensen die ziek worden door slecht gedrag dit dan zelf maar moeten oplossen. Daarmee kom je op een terrein dat absoluut oncontroleerbaar is.

Het voorbeeld van de vaccinatie brengt nog een ander interessant thema onder de aandacht: om wiens vrije keuze gaat het hier? Het zijn de ouders die voor de kinderen beslissen. Mede vanuit dit oogpunt kan hier gepleit worden voor verplichte vaccinatie.

Den Broeder vecht stelling 1.1 aan. Naar zijn mening wordt hierin te gemakkelijk gezegd dat bepaalde SEGV inherent zijn aan ons maatschappelijk bestel, en daardoor onvermijdelijk. Hier past een vraagteken; men kan twijfelen aan de maakbaarheid van de samenleving, maar het gaat erg ver om te stellen dat we haar helemaal niet kunnen beïnvloeden.

Een belangrijke punt voor de discussie is echter, dat er daarna staat: ".... en daarmee ook aanvaardbaar". Onze sociale geschiedenis toont toch juist aan dat geen enkele groepering er genoeg mee heeft genomen dat SEGV inherent zijn aan het bestel? Juist om deze reden kunnen we het eens zijn over de volgende stellingen, zoals ook De Graaf opmerkte.

Er bestaat in Nederland een vrij brede consensus over dingen die verbeterd moeten worden; verschillen gaan ontstaan wanneer een keuze over harde feiten moet worden gemaakt. Men kan stellen dat er, op de lange termijn gezien, op veel terreinen veel verbeterd is. We weten ook dat maatschappelijke tegenstellingen over een kortere periode gezien, juist weer zijn toegenomen. Vaak is dit te wijten aan te late reacties, het beleid ijlt na. In abstracte termen is er kortom wellicht consensus over wat we onwenselijk vinden. Maar tegelijkertijd zien we dat we toch vaak genoeg nemen met bestaande ongewenstheden, en hierop te weinig reageren. Het mag best eens gezegd worden, dat de tegenstellingen in de afgelopen tien à twaalf jaar eerder zijn vergroot dan verkleind, en dat dit ten dele komt door hiaten in het sociale zekerheidsbeleid, het werkgelegenheidsbeleid e.a.

De voorzitter vat samen dat Den Broeder met name moeite heeft met het woord "aanvaardbaar" in de eerste stelling. Aansluitend bij de discussie

die daaraan voorafging acht hij hier een zekere toespitsing mogelijk. Van der Maas betoogde dat een verdere divergentie van SEGV in de lijn zou liggen voor de nabije toekomst, en dat voorkoming hiervan een primair doel zou kunnen zijn. Ginjaar stelde dat de overheid met name voorwaarden zou moeten scheppen voor het terugdringen van SEGV. Aanpassing van stelling 1.1 in deze zin lijkt gewenst.

Ginjaar sluit hierbij aan met de opmerking dat er situaties zijn die onvermijdbaar zijn, en hiermee aanvaard worden. Dit houdt echter niet in dat het onvermijdbare aanvaardbaar is; er moet wel naar gestreefd worden het op te heffen.

Nuijens vergelijkt stelling 1.1 met een aria uit de opera "Die Fledermaus": "glücklich ist, wer vergisst, wass doch nicht zu ändern ist". Ook hij heeft er moeite mee te zeggen: wat niet veranderd kan worden, is dan ook aanvaardbaar. De vraag moet zijn: hoever wil je ingrijpen in het maatschappelijk bestel om bepaalde doeleinden te bereiken? Het gaat om een afwegingsproces. Dit zou in stelling 1.1 moeten worden verduidelijkt.

De voorzitter stelt voor om in deze stelling aan te sluiten bij de conclusie, dat verdere divergentie van SEGV dreigt, en dat dit vermeden zou moeten worden, respectievelijk dat gestreefd moet worden naar convergentie.

Roscam Abbing wil enige nuances aanbrengen bij de kwestie van de keuzevrijheid. De sociale context waarin iemand leeft bepaalt voor een belangrijk deel diens keuzevrijheid. In stelling 1.8 wordt een en ander al te simplificerend gesteld. Hij stelt in dit verband tevens een ander thema aan de orde: de hinder die bepaald gedrag voor anderen veroorzaakt. Bij bepaald gedrag kan men stellen dat geen beleid gevoerd zou moeten worden, omdat dan de keuzevrijheid in het geding komt. Het kan echter een gemeenschapsbelang zijn om er toch inspanningen op te richten (voorbeelden: roken, infectieziekten).

De voorzitter meent, met instemming van Gunning, dat dit in de formulering van 1.8 tot uitdrukking kan worden gebracht.

Landheer komt terug op uitlatingen van Van Praag, waarin men kan beluisteren dat mensen met hun eigen verantwoordelijkheden geconfronteerd zouden moeten worden als ze ziek zijn. Dit is een gevaarlijke stelling, die in het Nederlandse overheidsbeleid dan ook nooit is gehuldigd. Wie

hulp nodig heeft, moet hulp geboden worden, zonder aanzien des persoons en zonder schuldvraag.

De voorzitter meent dat er over het laatste overeenstemming is.

Vos mist op dit moment in de discussie aandacht voor de sturingsinstrumenten waarmee SEGV teruggedrongen kunnen worden. Hoe willen we sturen, en welke processen willen we sturen?

Lanphen merkt in verband met de discussie over aanvaardbaarheid van SEGV op, dat men onderscheid kan maken tussen vrijwillig gekozen risico's en opgedrongen risico's voor slechte gezondheid. Zij stelt voor om het criterium voor onaanvaardbaarheid daar te leggen, waar opgedrongen risico's ontstaan.

De voorzitter brengt in herinnering dat Ginjaar hierover een uitspraak deed. De laatste wordt verzocht zijn formulering uit te werken.

Ginjaar acht het meer de moeite waard om de gedachte van Lanphen op enig moment nader uit te werken. Hij wijst erop dat dit zeer gecompliceerd is, zeker wanneer men aan praktische situaties denkt.

De Graaf meent dat de inhoud van stelling 1.4 te krap bemeten is. Er wordt gesteld dat men in staat moet zijn om te voorzien in primaire levensbehoeften. Dit doet te veel denken aan de oude terminologie van de Armenwet. We hebben nu een Bijstandswet die spreekt over "het voorzien in het bestaan", dat is een ruimer en beter criterium.

De voorzitter stelt voor deze kanttekening van De Graaf over te nemen.

Nieuwenburg merkt in het algemeen over de stellingen over aanvaardbaarheid op, dat ze te veel zijn geformuleerd vanuit de oorzaken. Het is voorstelbaar dat het criterium voor aanvaardbaarheid meer verlegd wordt naar de effecten. Bepaald individueel gedrag heeft externe effecten, waarvan men kan zeggen dat ze onaanvaardbaar zijn (men denke aan infectieziekten, roken en mee-roken).

De voorzitter wijst erop dat deze opmerking aansluit bij wat eerder gezegd werd met betrekking tot stelling 1.8.

Sonneveldt meent dat de discussie zich afspeelt op twee niveaus. Enerzijds concentreert ze zich op divergentie en convergentie van trends in

SEGV. Anderzijds gaat ze erover, dat er mensen zijn die schade lijden door hun sociaal-economische status. Over dit laatste zouden we het vooral moeten hebben. De discussie zou zich meer moeten richten op de vraag welk minimaal niveau van gezondheid we aanvaardbaar achten voor iedereen, en op de wijze waarop die bereikt kan worden.

Gunning vindt dit een heel interessante suggestie. Zou je de stellingen in lijn hiermee bekijken, dat zou je de effecten van de daar opgesomde beleidsterreinen niet meer meten in termen van het gemiddelde effect op de gezondheid in onze bevolking. Je zou daarentegen de effecten afmeten naar de gevolgen voor die groepen, die je als samenleving het kwetsbaarst vindt. Een heel interessante conclusie van deze conferentie zou dan kunnen zijn, dat we niet meer over volksgezondheid rapporteren in termen van gemiddelden, maar dat we expliciet gaan afwegen wat de effecten zijn voor die groepen die het meest geschaad worden door of gebaat zijn bij beleidsmaatregelen.

De Geus levert een bijdrage aan de discussie over aanvaardbaarheid van SEGV. Allereerst meent hij dat verschillen in bereikbaarheid van de gezondheidszorg door alle aanwezigen als onaanvaardbaar zouden moeten worden aangemerkt. Als het gaat om verschillen in kennis en bewustwording, dan kun je deze met behulp van onderwijs en opvoeding niet geheel wegwerken. Men kan er wel naar streven het kennisniveau in de verschillende vormen van onderwijs zoveel mogelijk gelijk te richten. Een stelling kan dan zijn, dat die verschillen onaanvaardbaar zijn, die het gevolg zijn van ongelijke onderwijsdoelstellingen bij verschillende onderwijsvormen.

Er is voorts aandacht nodig voor de werkomstandigheden op het niveau van het minimumloon. Hier doet zich de situatie voor dat dit minimum-niveau zekere garanties biedt voor gezondheid, terwijl de arbeidsomstandigheden daar juist risico's met zich meebrengen.

In de betogen over SEGV ontbreken uitspraken over de verschillen tussen allochtonen en autochtonen. Ten aanzien van bereikbaarheid, kennis en bewustwording, en inkomen, zijn deze verschillen aanzienlijk. Een toespitsing op allochtonen lijkt daarom relevant. Ook een toespitsing op vrouwen is wenselijk; in tegenstelling tot mannen zien zij ongezonde werkomstandigheden niet gecompenseerd door een relatief hoog inkomen.

De voorzitter vat dit betoog van De Geus samen. Nieuw in de discussie zijn de voorstellen voor verbijzondering naar allochtonen en vrouwen; vermelding hiervan lijkt zeker zinvol.

Deze eerste discussieronde wordt afgesloten. Aan het slot van de bijeenkomst zullen de conclusies voor een laatste "redactieronde" aan de aanwezigen worden voorgelegd.

4.5 Herziene stellingen (conclusies)

- 1.1 De aanvaardbaarheid dan wel onaanvaardbaarheid van sociaal-economische gezondheidsverschillen berust niet op criteria van wetenschappelijke of objectieve aard. Eerder is dit een produkt van maatschappelijke verhoudingen, die veranderlijk zijn in de tijd. Dit blijkt ook uit ontwikkelingen in onze sociale geschiedenis: verschillen die vorige eeuw onvermijdelijk (en dus aanvaardbaar) leken zouden nu volstrekt onaanvaardbaar zijn.
- 1.2 Voor zover sociaal-economische gezondheidsverschillen voortkomen uit een ongelijk gebruik van algemeen toegankelijke zorgvoorzieningen zijn deze onacceptabel en dienen ze zo veel mogelijk vermeden te worden.
- 1.3 Er dient gestreefd te worden naar een vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen die voortkomen uit bovengemiddelde blootstelling aan ziekmakende factoren in een woon- en werkomgeving. Dit kan bevorderd worden door bij het nemen van beleidsbeslissingen met betrekking tot arbeids- en woonomstandigheden aan de gevolgen van zulke beslissingen voor de gezondheid van betrokkenen een hogere prioriteit toe te kennen.
- 1.4 Het deel van de de gezondheidsverschillen dat voortkomt uit ongezonde leefwijzen (als roken, overmatig alcoholgebruik, onvoldoende lichaamsbeweging) berust in hoge mate op individuele beslissingen. Deze kunnen weliswaar beïnvloed worden door preventie-campagnes en andere overheidsmaatregelen (via bijv. ge- en verboden en accijnsmaatregelen). Het betreft echter in belangrijke mate vrijwillig genomen risico's die buiten de invloedssfeer van overheidsbemoeienis vallen, tenzij deze leefwijzen ook schadelijk zijn voor anderen.

- 1.5 Onder specifieke omstandigheden kan het aanvaardbaar zijn risico-factoren bij een bepaalde daarvoor gevoelige groep te verminderen, waardoor deze groep een voorbeeld vormt voor de rest van de samenleving. Het doel is hiermee uiteindelijk een algehele verbetering van de gezondheidstoestand te bewerkstelligen. Hierdoor kunnen tijdelijk de verschillen wel toenemen (een voorbeeld hiervan vormt het verminderen van het roken in de hogere sociale groeperingen).
- 1.6 De toestand van de volksgezondheid blijkt niet alleen te worden bepaald door de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Werk-, woon- en overige leefomstandigheden zijn daarbij minstens zo belangrijk. Mutatis mutandis geldt dat verschillen in gezondheidsstatus niet alleen tot stand komen door verschillen in toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorg, maar ook, en vooral, door verschillen in werk-, woon- en leefomstandigheden.
- 1.7 Het streven naar vermindering van verschillen in gezondheid ten gevolge van sociaal-economische omstandigheden is niet alleen een taak van de Rijksoverheid, maar vergt tevens de inzet van andere overheden en van maatschappelijke organisaties zowel binnen als buiten de sector volksgezondheid.
- 1.8 Een eerste selectie van criteria voor de keuze van maatregelen tot terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen betreft:
- de risico's (of ziekmakende factoren) moeten vermijdbaar zijn;
 - het terugdringen van opgedrongen risico's (bijv. gevaarlijk werk) heeft een hogere prioriteit dan het terugdringen van vrijwillige risico's (bijv. roken);
 - de te nemen maatregelen moeten effectief zijn (bijv. het verminderen van verkeers- of burenlawaai door geluidsisolatie);
 - de effecten van de maatregelen moeten op hun beurt weer aanvaardbaar zijn.

Daarbij moet prioriteit gegeven worden aan die groepen of situaties bij welke door een cumulatie van risico's de grootste gezondheidsschade kan worden gelokaliseerd (bijv. wonen in een achterstandsbuurt in een vochtige woning onder de rook van een industrieterrein met vuil werk of in de WAO/WW en een inkomen op

bijstandsniveau). Groepen die in de discussie tot nu toe nog weinig aandacht hebben gekregen moeten daarbij met nadruk betrokken worden (bijv. mensen van buitenlandse afkomst voor zover ze behoren tot groepen met een lage sociaal-economische status).

5. SEGV EN OVERHEIDSBELEID

5.1 Discussiestellingen

De discussiestellingen over SEGV en overheidsbeleid zijn genummerd van 2.1 t/m 2.4.

2.1 SEGV die optreden als ongewenst neveneffect van volksgezondheid zijn onaanvaardbaar. Ze duiden immers op een ongelijke toegankelijkheid van de zorg of van een ongelijke effectiviteit ervan. De bewindspersonen van WVC zien er op toe dat via hun beleid SEGV worden teruggedrongen:

- preventiebeleid dient gericht te zijn op het bereiken van maximaal effect onder de groeperingen die de hoogste risico's hebben, ook al houdt dat in dat hiervoor een ongelijke inspanning noodzakelijk is. Hieronder dient ook te vallen het wijzen van risicogroepen op hun eigen verantwoordelijkheden ten aanzien van gezonde levenswijzen via gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- universele toegankelijkheid van adequate zorg dient gewaarborgd te blijven. Tevens dient te worden bevorderd dat de gezondheidszorg voor de diverse sociale lagen een gelijke effectiviteit heeft. Speciale aandacht dient daarbij geschonken te worden aan gehandicapten en chronisch zieken (waaronder psychiatrische patiënten), ouderen en andere risicogroepen waarbinnen SEGV zich het sterkst manifesteren;
- het stimuleren van gericht onderzoek naar het ontrafelen van de oorzaken van SEGV en naar de effectiviteit van interventies gericht op het terugdringen van SEGV, als basis voor het nemen van beleidsbeslissingen.

2.2 De bewindspersonen van Sociale Zaken en Werkgelegenheid zien toe op:

- het bieden van een minimum bestaanszekerheid aan iedere inwoner van Nederland via het stelsel van sociale verzekeringen en sociale voorzieningen;

- het optimaliseren van de arbeidsparticipatie, waarbij vooral kansen gecreëerd worden voor groeperingen met een lage sociaal-economische status;
- het minimaliseren van gezondheidsproblemen ten gevolge van arbeidsomstandigheden, waarbij vooral het terugdringen van vuil en gevaarlijk werk prioriteit krijgt.

2.3 De bewindspersonen van Onderwijs en Wetenschappen zien toe op:

- maatregelen gericht op het wegwerken van achterstanden en het terugdringen van schoolverzuim in het onderwijs. Deze maatregelen dienen vooral toegesneden te zijn op kinderen uit lagere sociale milieus, waaronder ook veel kinderen uit minderheden. Maatregelen in het kader van het onderwijsvoorrangsbeleid en de Sociale Vernieuwing moeten gericht zijn op het creëren van gelijke kansen op onderwijs;
- het toekennen van een hoge prioriteit in het voorgezet onderwijs aan het terugdringen van uitval en het verwerven van tenminste primaire beroepskwalificaties;
- het terugdringen van taal-, reken- en andere achterstanden onder volwassenen en het vergroten van kansen op arbeid door deelname aan de basiseducatie en beroepsgericht volwasseneneducatie.

2.4 De bewindspersonen van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer zien erop toe dat via stedenbouwkundige planning, volkshuisvesting en milieubeheer SEGV worden teruggedrongen.

Lokale overheden en GGD'en zouden formeel bij dit onderdeel besproken moeten worden. Aangezien hun activiteiten bij uitstek op het uitvoerende vlak liggen, passen ze beter in de discussie over SEGV en de betrokken maatschappelijke organisaties (zie hoofdstuk 6). Een stelling over de beleidsverantwoordelijkheden van de GGD'en is derhalve geformuleerd onder discussiepunt 3.5.

5.2 Toelichting op de stellingen door dr. G.M. van Etten (directeur Stafbureau Beleidsontwikkeling WVC)

We praten over de perspectieven voor het overheidsbeleid bij het terugdringen van SEGV. Een eerste belangrijk punt voor discussie is hierbij de vraag naar de relatieve bijdrage van elk van de in de stellingen genoemde overheidssectoren. In dit betoog zal, in dezelfde volgorde als in de stellingen, aan elk van deze sectoren afzonderlijk aandacht worden besteed. Er moet overigens op gewezen worden, dat ook de rol van lagere overheden en maatschappelijke organisaties in de discussie over dit thema aan de orde kan komen.

1. Beleid van het ministerie van WVC

Sommigen beweren dat de rol van WVC bij het terugdringen van SEGV slechts heel marginaal kan zijn en dat bijdragen vooral vanuit andere beleidssectoren verwacht moeten worden. Ik wil hier in de eerste plaats benadrukken dat de rol van WVC niet veronachtzaamd mag worden. Er liggen om te beginnen nadrukkelijk mogelijkheden in de sfeer van de preventie. Het gaat hier vooral om de verhoging van het profijt van preventieprogramma's voor groepen die de grootste risico's lopen. Voorbeelden van maatregelen met dit doel zijn screeningsprogramma's, GVO; het is duidelijk geworden dat hier verbeteringen mogelijk zijn door een duidelijker gerichtheid op specifieke risicogroepen.

Ook in de sfeer van de gezondheidszorg zelf zijn er mogelijkheden. In de eerste plaats kan gelijke toegankelijkheid verder bevorderd worden, onder meer via de stelselwijziging. Hiernaast is er de op handen zijnde kwaliteitswetgeving, waarin vooral ook gelet zal moeten worden op de effectiviteit van de verleende zorg. In verband met keuzen in de zorg kan tot slot worden verwezen naar het rapport van de commissie Dunning. Daar wordt, in verband met wettelijke aanspraken op de zorg, bepleit te besluiten aan de hand van een viertal criteria. Eén van die criteria is de noodzakelijkheid van de zorg. Dit is een heel moeilijk punt, dat nog de nodige studie zal vragen. Het is op dit punt dat ook de SEGV aan de orde zijn.

Tot besluit kan WVC een bijdrage leveren op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Ook de staatssecretaris heeft hieraan aandacht besteed.

2. Beleid van het ministerie van SZW

Hierin vermeld ik in het kort waar blijkens de conferentiebundel mogelijkheden aanwezig zijn. Ze liggen vooral op de volgende drie beleidsterreinen: het werkgelegenheidsbeleid, het sociale zekerheidsbeleid en arbeidsomstandighedenbeleid.

3. Beleid van het ministerie van O&W

Deze beleidssector heeft in de bundel een minder prominente plaats. Gewezen kan worden op de bijdrage van Van Praag hieraan. Daarin wordt gepleit voor een grotere rol voor zowel het basis- als het voortgezet onderwijs bij het terugdringen van SEGV. Gezondheidsopvoeding kan genoemd worden als een allereerste vereiste voor verbetering van de situatie. Vervolgens zijn er verscheidene specifieke maatregelen denkbaar om verbetering te brengen in de achterstandssituatie van bepaalde bevolkingsgroepen (jeugdigen, allochtonen).

4. Beleid van het ministerie van VROM

Ook over dit terrein worden in de conferentiebundel weinig uitspraken gedaan. Uit de bijdrage van Van Praag blijkt dat er zeker maatregelen denkbaar zijn in de sfeer van de ruimtelijke ordening. Een algemene conclusie is dat de fysieke belasting van mensen weliswaar is afgenomen, maar dat er wel degelijk allerlei vormen van psycho-sociale belasting bestaan. Vooral ook in de sfeer van de stadsvernieuwing liggen mogelijkheden om via het ruimtelijk-orderingsbeleid een bijdrage te leveren aan het terugdringen van SEGV.

5.3 Commentaar door ir. A.W.M. Balemans (Directeur Gezondheid, SoZaWe)

Mijn commentaar beweegt zich rond de stellingen om de discussie te stimuleren. Ik heb geen richtlijnen meegekregen, dus veroorloof ik me enige vrijheid.

De stellingen die zojuist zijn toegelicht richten zich op factoren die van invloed zijn op sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Het betreffen:

- gezondheidszorg;
- inkomen en sociale zekerheid;
- arbeid en arbeidsomstandigheden;
- onderwijs/ontplooiing;
- huisvesting.

In algemene zin stelde de overheid zich verantwoordelijk en zich tot taak deze factoren in positieve zin te bevorderen. Deze bevorderingstaak werd nogal eens gezien en gelijkgesteld met de verzorgende taak, wat leidde tot het begrip verzorgingsstaat. De overheid liet zich ook op veel aanspreken. Dat verandert. Er vindt een herdefiniëring plaats van de verzorgingsstaat in relatie met het zelforganiserend vermogen van de samenleving.

Dat zelf-organiserend vermogen van de samenleving wordt bepaald door:

- sociale partners georganiseerd op macro-, meso- en micro-niveau;
- koepels/mantelorganisaties;
- al of niet formele maatschappelijke organisaties;
- de principes van het vrije marktmechanisme;
- emancipatie;
- door de individualisering en de calculerende burger die meer en meer zelfstandig wordt en verantwoordelijk is voor zichzelf;
- verdergaande decentralisatie naar provincies, gemeenten, wijken en misschien is er nog meer te noemen.

Er ontwikkelt zich een overheid die geen verantwoordelijkheden meer op zich neemt die individuele burgers zelf of via maatschappelijke organisaties kunnen dragen; dat is wat ik waarneem, wat ik in de krant lees, wat ik waarneem in politieke beschouwingen, of het nu gaat over de gezondheidszorg, het onderwijs of het beleidsterrein van SZW.

Wat is dan het publieke domein, de taak van de overheid? Dat is in algemene zin het bevorderen van het zelforganiserend vermogen, het stimuleren van de zelfwerkzaamheid van de samenleving en de zorg voor ordening. In bijzondere zin het waarborgen van basisvoorzieningen.

Daarmee is de verantwoordelijkheid van de overheid veel duidelijker gedefinieerd.

Vertaald naar het beleid t.a.v. de gezondheidszorg:

- de overheid legt het basispakket vast;
- de financiering daarvan wordt bepaald naar draagkracht in een vrije markt;
- de overheid besteedt specifieke aandacht aan bijzondere groepen, zowel t.a.v. zorg als preventie.

De keuzen in de gezondheidszorg zullen nog een plaats moeten krijgen in het gezondheidszorgbeleid. Want, zoals Dunning zegt: "Het is toch te gek, straks, dat we wel longtransplantaties zouden doen en onze psychiatrische patiënten straks in dozen bij het Centraal Station liggen? Dat kan toch niet?"

Deze emotionele, prikkelende opmerking van Dunning verplicht de overheid tot het stellen van prioriteiten. Deze zullen toch zeker een steun zijn voor het beleid t.a.v. sociaal-economische gezondheidsverschillen, zo vermoed ik.

Voor wat betreft de welzijnszorg laat ik me leiden door een artikel in de Volkskrant van afgelopen zaterdag n.a.v. de nota kerntaken van het departement van WVC. Ik citeer de krant:

"Minister d'Ancona ziet voor de centrale overheid nog maar een bescheiden rol op het terrein van welzijn. Zij stelt dat de maatschappelijke organisaties, gemeenten en provincies voorop moeten lopen bij de vernieuwing van het welzijnsbeleid. De Rijksoverheid krijgt een signalerende functie. Als er ontwikkelingen zijn op sociaal-economisch en sociaal-cultureel terrein, die ertoe leiden dat burgers steeds afhankelijker worden en meer aan de rand van de maatschappij terecht komen, dan moet de centrale overheid initiatieven nemen, beter nog, laten nemen. Bij de inhoudelijke programma's legt Minister d'Ancona het accent met name op de preventie, en gericht op jongeren." Dus het geformuleerde welzijnsbeleid biedt kansen voor achterstandsgroepen.

Dan nu de zogenaamde SZW-factoren die van invloed zijn op de sociaal-economische gezondheidsverschillen:

- inkomen en sociale zekerheid;
- arbeid en arbeidsomstandigheden.

Inkomen

SZW is verantwoordelijk voor het vaststellen van het niveau en de ontwikkeling van de minimumbeloning en daarvan afgeleid het sociaal minimum bij uitkeringen.

De inkomensverhoudingen worden voor een zeer belangrijk deel primair bepaald door werkgevers en werknemers. De verantwoordelijkheid van SZW beperkt zich tot een evenwichtige spreiding van koopkrachteffecten van het overheidsbeleid in het algemeen en in het bijzonder van het belasting- en premiebeleid.

Sociale zekerheid

Ook hier weer heeft SZW een directe verantwoordelijkheid voor de sociale minimumuitkering ter vervanging van of aanvulling op het inkomen.

Arbeid

Arbeid is een van de belangrijkste factoren in de relatie met sociaal-economische gezondheidsverschillen. Immers, het biedt mogelijkheden voor:

- onafhankelijkheid;
- inkomen;
- een op gezondheidsbevordering gericht bestedingsgedrag;
- het functioneren in een sociaal netwerk;
- ontwikkeling en ontplooiing;
- structuur in het leven.

Het beleid van SZW is gericht op:

het scheppen van werkgelegenheid middels

- het bevorderen van een gematigde arbeidskostenontwikkeling, via het beleid t.a.v. de collectieve lastendruk;
- een sturende taak bij de bevordering van de werkgelegenheid in het onderste segment van de arbeidsmarkt middels het wettelijk minimumloon, mede in relatie tot het sociale minimum.

een actief arbeidsmarktbeleid

- samen met O&W is SZW verantwoordelijk voor een goede aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in het algemeen en structureel van aard;

- daarnaast bevordert SZW de aansluiting van vraag en aanbod door het elimineren van discrepanties middels bijvoorbeeld scholing, werkervaring, arbeidsomstandighedenbeleid (voorbeelden zijn de bouw en de intramurale gezondheidszorg), het sociale werkvoorzieningenbeleid en de WAGW;
- vervolgens is SZW medeverantwoordelijk voor het arbeidsvoorzieningenbeleid. Steeds meer bemiddeling vindt plaats in de vrije markt. Arbeidsvoorzieningen zouden zich dan ook meer moeten gaan richten op moeilijk plaatsbare werkzoekenden met een kwetsbare positie op de arbeidsmarkt, zoals minderheden en gedeeltelijk arbeidsongeschikten en moeilijk vervulbare vacatures.

En tenslotte zijn de arbeidsomstandigheden een belangrijke factor die van invloed is op sociaal-economische gezondheidsverschillen. SZW heeft een verantwoordelijkheid ten aanzien van:

- monitoring;
- normering en regelgeving;
- handhaving;

en vervolgens ordenende, sturende en bevorderende taken.

In mijn bijdrage aan de conferentiebundel heb ik dat verder uitgewerkt. Daarnaast is het van groot belang dat er een goede samenhang is met het facetbeleid Arbeid en Gezondheid en het preventief volksgezondheidsbeleid.

Ik wil nog iets zeggen over de samenhang tussen de factoren: inkomen-/loonkosten, arbeidsparticipatie, arbeidsomstandigheden en WAO/ziekteverzuim.

Eind jaren zeventig en in de jaren tachtig zijn er grote inspanningen geleverd om de marktpositie van Nederland in de wereld te verbeteren en te handhaven. Dit streven werd op een eenzijdige rationele wijze benaderd met toepassing van nieuwe technologie, afstoting van iedere schijnbare vorm van overtollig aanwezige capaciteit aan arbeid onder andere middels selectie van de besten en de meest belastbaren en middels het wegsaneren van de zwakkeren via de WAO.

Voor de kwaliteit van de arbeid was er weinig oog. De werkdruk nam en neemt nog steeds toe en we zien een exponentiële groei van de WAO-

diagnosegroepen: psychische aandoeningen en aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat. Ook bij de invoering van de arbeidstijdverkorting was er voornamelijk aandacht voor de consequenties met betrekking tot efficiency, maar niet of nauwelijks voor de consequenties en mogelijkheden voor kwaliteit van de arbeid. Dit veroorzaakte een negatieve spiraal van de toename van de collectieve lasten, toename van de loonkosten, efficiency en werkdruk en vervolgens weer uitval etcetera.

Dit zichzelf versterkend negatief gericht proces moet worden doorbroken en omgezet in een zichzelf versterkend positief gericht proces. In de nabije toekomst liggen daartoe kansen middels een intensief volumebeleid door:

- verbetering van de uitvoering van de Sociale Zekerheidswetgeving;
- intensief verzuim- en preventiebeleid;
- arbeidsomstandighedenbeleid;
- reïntegratie van WAO'ers;
- omzetting van uitstoot a.g.v. arbeidsongeschiktheid naar handhaving van verminderde arbeidsgeschiktheid.

Dit volumebeleid kan financieel geprikkeld worden door premiedifferentiatie, een eigen risico van werkgevers en werknemers en een bonus/malusregeling.

Hierdoor kan een afname van de sociale lasten worden bewerkstelligd, en daarmee een afname van de loonkosten. Tegelijkertijd moet voorkomen worden dat er een verdringingseffect optreedt naar de WW. Dit kan door de afname van loonkosten in te zetten voor extra arbeidsparticipatie waardoor de werkdruk afneemt en vervolgens weer de WAO en het ziekteverzuim en daarmee weer de afname van de ziektekosten. Waardoor een zichzelf versterkend positief proces ontstaat.

Ik zit hiermee dicht bij de aanbevelingen van het WRR-rapport "Een werkend perspectief".

Ten aanzien van onderwijs en volkshuisvesting wil ik opmerken dat er een samenhangend beleid zou moeten worden gevoerd ten aanzien van welzijn/onderwijs en volkshuisvesting in achterstandsbuurtten en aan de onderkant van de samenleving.

Hier ligt naar mijn mening een uitdaging voor volkshuisvesting, de gedecentraliseerde welzijnsinstellingen en de basisgezondheidszorg.

Mijnheer de voorzitter, ik sluit af. Naar mijn mening liggen er mogelijkheden voor het terugdringen van SEGV, door het overheidsbeleid, dat terugtrekend van aard is, meer specifiek te richten op groepen met een lage sociaal-economische status.

5.4 Discussie

De voorzitter opent de discussie.

Rengelink haakt in op de woorden van Van Etten en de stellingen. Als toevoeging bij stelling 2.4 staat, dat lokale overheden en GGD'en formeel in dit deel besproken zouden moeten worden. Waarom wordt dit niet gedaan? Als toelichting op deze vraag worden in de tekst lokale overheden ten onrechte gereduceerd tot uitvoerders van opdrachten van de centrale overheid. In stelling 3.5 wordt één en ander vervolgens evenmin goed geformuleerd. Het is jammer dat de lokale overheid enerzijds gereduceerd wordt tot de GGD, en anderzijds tot uitvoerder van de centrale overheid.

De voorzitter merkt op dat de foutieve indruk dat de lokale overheid slechts uitvoerder is, zal worden weggewerkt.

De tekst zal eveneens in overeenstemming worden gebracht met het feit dat de taak van de lokale overheid meer is dan louter die van de GGD. Rengelink wordt verzocht een tekstvoorstel te doen.

De Vijlder vindt de benadering die terug te vinden is in de stellingen en het betoog van Van Etten sterk verbeterd. Per departement wordt aangegeven wat het beleid zou moeten zijn. Als het gaat om bestrijding van achterstanden, lijkt het juist zaak om te komen tot een gemeenschappelijke beleidsstrategie vanuit de overheid. En dan niet alleen vanuit de centrale, maar nadrukkelijk ook vanuit de lokale overheid.

Bij de ontwikkeling van die beleidsstrategie is het van belang dat men, over de departementen heen, komt tot gemeenschappelijke criteria voor het stellen van prioriteiten. Er kan bijvoorbeeld gelet worden op inkomenseffecten van departementaal beleid. In de stellingen zou hier uitdrukkelijk aandacht aan besteed moeten worden.

Aansluitend hierbij kan het volgende worden opgemerkt over de rol die O&W hierin kan vervullen. Het is verbazend dat tot nu toe het woord sociale vernieuwing nog niet is gevallen; juist daar wordt gepoogd een benadering

te vinden die neerslaat bij de groepen waar het om gaat. In het onderwijs is men nu gelukkig zover dat serieus gepraat wordt over de introductie van nieuwe, minder op conformiteit gerichte, bestuurlijke mechanieken, die in staat zijn variëteit te accommoderen. Een vraag die bijvoorbeeld bespreekbaar is, luidt: hoe krijg je de beste leerkrachten op die plaatsen, waar de meeste inzet geleverd moet worden?

Tot slot kan, in reactie op Netelenbos en Van Praag, ingegaan worden op de rol van gezondheidsvoorlichting. Een probleem dat zich hierbij voordoet, is dat het onderwijs vanuit de samenleving langzamerhand overladen wordt met eisen (milieu, verkeer, internationalisering, enz.). Het risico is bovendien, dat men met gezondheidsvoorlichting juist de groepen bereikt, die dit het minste nodig hebben.

De voorzitter meent dat het beeld van verkokering in de presentatie inderdaad vermeden moet worden. Het gemeenschappelijke karakter van te leveren inspanningen verdient aandacht in het begin van de tweede paragraaf.

Roscam Abbing meent dat de in de stellingen gemaakte selectie van departementen wat arbitrair is. Het departement van Financiën bijvoorbeeld schittert door afwezigheid, ondanks dat we een beleid hebben waarbij ook met accijnzen gestuurd kan worden. Alcohol- en tabaksaccijnzen vormen een aanzienlijke bron van inkomsten voor de overheid. Men kan opmerken dat dergelijke generale maatregelen niet specifiek zijn voor mensen in sociaal-economische achterstandsposities: integendeel, ze treffen hen extra. Het ministerie van Financiën zou aan het lijstje kunnen worden toegevoegd, en worden gestimuleerd tot een niet louter financiële benadering.

De voorzitter stelt de vraag of naar aanleiding van deze opmerking een aparte stelling moet worden gemaakt. Het lijkt meer in de lijn te liggen om in een korte toelichting aan te geven dat het om meer departementen gaat dan enkel de genoemde.

Sonneveldt zet vraagtekens bij het betoog van De Vijlder over het tegengaan van de verkokering. Het probleemcumulatiegebiedenbeleid ("een schitterende koepel om verkokering tegen te gaan"), heeft er toe geleid dat de aparte verantwoordelijkheid van verschillende departementen verdween in een grijze mist van gezamenlijkheid. Er is hierdoor minder

gebeurd dan wanneer departementen zouden zijn aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Het leggen van de nadruk op de complexiteit van de problematiek, kan al gauw worden gezien als een legitimatie om geen inspanning te leveren.

De voorzitter licht toe dat het slechts zijn bedoeling is, om in de gewijzigde tekst aan te geven dat de kwestie van SEGV aan de orde kan komen op meerdere terreinen van overheidsbeleid.

Smid reageert in de eerste plaats op stelling 2.1 en uitlatingen van Gunning. Onder 2.1 wordt gesteld dat men vooral groepen met een hoog risico wil bereiken, en dat daarvoor een ongelijke inspanning geleverd kan worden. Dit is wellicht veel te voorzichtig gesteld. Waar men weet dat er sprake is van grote risico's voor specifieke groepen, zou men kunnen terugkomen van algemeen preventiebeleid, hetgeen dan, ook financieel, ten goede zou moeten komen van specifiek preventiebeleid.

In de tweede plaats gaat hij in op gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. In 2.1 wordt te simpel gesteld dat men risicogroepen moet wijzen op hun eigen verantwoordelijkheden. Eerder kwam al aan de orde dat gedrag een resultaat is van een groot aantal factoren. De invloed van het sociale netwerk is hierbij erg belangrijk. Als gezondheidsvoorlichting en -opvoeding meer aansluiten bij die sociale netwerken, zijn er veel meer resultaten te boeken dan door een eenzijdig wijzen op eigen verantwoordelijkheid.

De voorzitter vraagt Van Etten hierop te reageren, waarbij wellicht ook aandacht besteed kan worden aan een gewijzigde budgettaire prioriteitenstelling in de gezondheidszorg, ten gunste van de zwakste groepen. Deze belangrijke kwestie ontbreekt in de stellingen.

Van Etten meent dat de vraag hier aan de orde is in hoeverre er sprake zou moeten zijn van algemeen dan wel van gedifferentieerd beleid. Wat Smid opmerkt over preventie, kan in zijn algemeenheid ondersteund worden. Meer beleidsaccent op specifieke risicogroepen is gewenst. Dit ontslaat beleidsmakers echter niet van de verplichting om ook een algemene benadering te kiezen: zo ontleent de jeugdgezondheidszorg juist haar betekenis aan het feit dat ze zich richt op alle kinderen; dit moet zo blijven. Naar aanleiding hiervan zou een amendement van stelling 2.1 nodig zijn. Enerzijds zou hierin de noodzaak van een gedifferentieerde

benadering sterker benadrukt kunnen worden. Anderzijds zou vermeld moeten worden, dat deze nodig is naast een algemene benadering.

Eenzelfde gedachtengang kan worden opgezet voor de gezondheidszorg in het algemeen. Het is in Nederland moeilijk voorstelbaar dat het budget, dat ontstaat op basis van de ziektekostenverzekering, volstrekt gedifferentieerd ter beschikking kan komen. Dit is wel denkbaar voor bepaalde onderdelen, bijvoorbeeld preventieve voorzieningen.

De voorzitter scherpt zijn vorige vraag aan. Hij heeft daarmee bedoeld op de verhouding tussen het totaal aan kosten in de gezondheidszorg, en de verschuiving van de allocatie van financiële middelen in de richting van preventie. Zou de allocatie niet meer in overeenstemming gebracht kunnen worden met de bestrijding van SEGV? Dit moet ook mogelijk zijn zonder dat van specifiek beleid een stigmatiserend effect uitgaat.

Netelenbos merkt dat de discussie lijdt aan grote abstracties. Ze benadrukt dat het een kwestie is van attitude, zowel bij hulpverleners als bij hen die geholpen worden, om een extra inspanning te leveren waar deze nodig is.

Gunning concludeert dat we, in lijn met de woorden van de voorzitter, het beleid vooral moeten bezien op het effect. Want er is bereidheid tot ongelijke inspanning om een gelijk effect na te streven. Dit kan men in verband brengen met het volgende. We vinden het in Nederland heel normaal om het overheidsbeleid jaarlijks te toetsen op inkomenseffecten. Ondanks het feit dat naast inkomen ook gezondheid erg belangrijk is, is toetsing van beleid op gezondheidseffecten absoluut niet aanvaard, zelfs niet binnen de gezondheidszorg. Er wordt wel gewerkt aan een grote stelselwijziging en gepraat over de verantwoordelijkheden van de diverse partijen, maar er is nog nergens een systeem op poten gezet waarmee de effecten, en met name ook de verdelingsaspecten, kunnen worden blootgelegd. Een concrete uitkomst van deze bijeenkomst zou kunnen zijn, dat een dergelijk systeem wordt ontworpen.

Nuijens merkt aansluitend op, dat hem in het beleid van WVC vooral opvalt dat men bijzonder ongevoelig is voor theoretische aannames omtrent de effecten van bepaalde maatregelen voor SEGV. Het aspect van de sociaal-economische verschillen is erg ondergesneeuwd geraakt bij de evaluaties die plaatsvinden.

Garretsen poogt een lans te breken voor een wat meer integrale benadering. Het door WVC gepresenteerde preventiebeleid is wat mager en traditioneel, het is weliswaar belangrijk, maar onvoldoende. Er wordt geen recht gedaan aan het feit dat SEGV vooral tot uitdrukking komen in de oude wijken van de grote steden, waar men een clustering van problemen ziet. Dit vraagt om een meer integrale benadering. In de steden zelf worden, in samenwerking tussen verschillende beleidssectoren en in samenwerking met de bevolking, experimenten gedaan. Soms met succes. Een meer activerend beleid van WVC in dezen zou zeer op prijs gesteld worden. Van Etten beaamt dat dit in de stelling met betrekking tot preventie benadrukt kan worden.

Iwema Bakker meent dat stimulering van het preventiebeleid (stelling 2.1) een goede zaak is. In de praktijk is de uitvoering echter moeilijk. Met belangstelling wordt uitgezien naar de komende kwaliteitswetgeving, omdat juist op het vlak van de sociale geneeskunde de kwaliteit van de uitvoering vrij weinig aandacht krijgt. De registratie is slecht geregeld, behalve bij de bedrijfsgezondheidsdiensten. Hiervoor worden bovendien ook geen financiële middelen beschikbaar gesteld.

Nijhuis stelt twee zaken aan de orde. Als we over preventie spreken, gaat het steeds over jeugdigen. Er zijn juist ook heel belangwekkende preventieve activiteiten te ontwikkelen voor ouderen. Dit verdient meer aandacht, ook in financiële zin.

In stelling 2.1 wordt gerefereerd aan de noodzaak voor gericht onderzoek naar oorzaken en de effectiviteit van interventie. Ten onrechte wordt niet verwezen naar de noodzaak om ook te kijken naar de ervaringen die intussen opgedaan zijn bij het ontwikkelen van beleid. Ook in de praktijk wordt hiernaar te weinig gekeken, mede als gevolg van de ondergeschoven positie van de lokale besturen in het gezondheidszorgbeleid.

De voorzitter meent dat deze suggestie kan worden overgenomen.

Bouwmans sluit zich aan bij Gunning, die stelt dat de effecten van beleid vooral moeten worden bekeken in relatie met de baten voor kwetsbare groepen. In verband met de stelselwijziging kan dan het volgende worden opgemerkt:

- De middelen worden weliswaar in hoge mate solidair opgebracht, maar toch zal na invoering van iedere verzekerde ongeveer f 40,- nominale premie per maand worden gevraagd, ongeacht sociaal-economische klasse. Er zijn nu al betalingsproblemen bij veel gezinnen, deze zullen groeien. Dit zal niet leiden tot uitzetting uit de verzekering, het is echter wel te verwachten dat bij hulpverleners en verzekeraars een weerstand zal ontstaan tegen verdere behandeling. Dat is kwalijk.
- De verzekerde zal straks zelf een keuze moeten maken over de omvang van het eigen risico. Waar financieel voordeel op korte termijn de doorslag geeft in de afweging, gaat zich wellicht hetzelfde probleem voordoen als boven geformuleerd.
- Van elke verzekerde gaat verlangd worden om zich welbewust te verzekeren. Men zal niet alleen alle polissen goed moeten bestuderen, maar ook in de toekomst moeten kijken. Ook hier zullen juist voor de kwetsbare groepen problemen ontstaan.

Er is reden tot vrees dat de stelselwijziging zal bijdragen aan vergroting van SEGV. Wil men genoemde effecten meenemen in de beoordeling van de gevolgen van WVC-beleid voor SEGV?

Van Etten vat dit betoog op als mogelijke amendering van stelling 2.1. Hierin moet expliciet de noodzaak naar voren worden gebracht van onderzoek naar de effectiviteit van maatregelen.

De voorzitter beaamt dit.

Van der Hoop vraagt zich af wie bepaalt wat "adequate zorg" (stelling 2.1, tweede gedachtenstreepje) inhoudt, en wie deze garandeert. Zij ziet hier mede een taak voor gebruikers van de zorg. Hoe krijgen zij een stem in het proces?

De voorzitter geeft er de voorkeur aan dit thema in cluster 3 aan de orde te stellen.

Roscam Abbing grijpt terug op de discussie over de allocatie van middelen in de gezondheidszorg, en daarbij de verhouding tussen preventie en curatie. Beide terreinen hebben, ook in het nieuwe stelsel, verschillende financieringsstromen (algemene middelen resp. ziektekostenverzekering). Dit maakt dat er beperkte mogelijkheden zijn. Voor zover er curatieve functies zijn die tevens preventieve doelen dienen (bijv. huisartsen),

zien we dat bij het nieuwe stelsel bepaalde allocatiemiddelen overboord worden gegooid. Het vestigingsbeleid van huisartsen in grote steden wordt bijvoorbeeld weggeschoven, met als gevolg dat een goede spreiding over de stad en het bedienen van achterstandsbuurten veel moeilijker gerealiseerd kunnen worden. Ook bij de jeugdgezondheidszorg zijn belangrijke differentiaties geschrapt.

Smid wijst erop dat ook in het kader van de stelselwijziging naar preventie kan worden gekeken. Het is mogelijk dat een aantal preventieve activiteiten door nadere profilering van beroepsgroepen...als wenselijk naar voren worden gebracht. Vanuit het nieuwe stelsel kunnen daarvoor financiële mogelijkheden worden geboden. Het is niet ondenkbaar dat er op bepaalde onderwerpen met het nieuwe stelsel een nog fijnmaziger systeem gaat ontstaan dan het huidige. Daarbij kan ook gedacht worden over financiering vanuit de centrale kas.

Het valt Nuijens op, dat er in de praktijk vaak vergeten wordt dat in verschillende vormen van curatieve zorg een stuk preventie zit. Men denke aan de half-jaarlijkse tandartscontroles en de kraamzorg. Hier zit preventie ook in de verzekeringsvorm, maar het gaat juist om onderdelen die nogal onder druk komen te staan.

De voorzitter concludeert dat voorgaande opmerkingen over preventie in verband met de stelselherziening, beknopt in de stellingen tot hun recht kunnen worden gebracht.

Vos (VROM) leidt onder meer uit de conferentiebundel af dat het verband tussen huisvesting en SEGV nog nauwelijks is onderzocht... Zelfs bij de voor de hand liggende relatie als met de stadsvernieuwing zijn de effecten geen uitgemaakte zaak. Het is te hopen dat de Programma Commissie hieraan de komende jaren nog aandacht kan besteden. Bekeken zal worden of er ook vanuit het ministerie van VROM een bijdrage geleverd kan worden.

Vos (GGD Utrecht) voegt hieraan het volgende toe. Wanneer men de grote bevolkingsagglomeraties beschouwt, dan blijkt dat de grote financiële moeilijkheden daar ontstaan in de sfeer van de stadsvernieuwing. Enerzijds is stadsvernieuwing begonnen als de grote verbeteraar van de volksgezondheid, anderzijds is ze op het moment in grote lijnen juist generator van tekorten. Die tekorten worden nog versterkt doordat de agglomeraties, als centrumgemeenten, relatief veel mensen voorzien van

preventie. Die tekorten worden onder meer afgewenteld op de uitvoerende diensten, die bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg leveren. We zitten zo gevangen in heel merkwaardige cycli. Ze zullen doorbroken moeten worden.

Garretsen vult aan, dat stelling 2.4 erg vrijblijvend geformuleerd is. Er zijn zeker zaken die daar, als huiswerk voor VROM, genoemd kunnen worden: wijkbeheer, wijkonderhoud, preventie in samenhang met ongevallen, vervuiling en veiligheid, enzovoort.

Bij het derde gedachtenstreepje van stelling 2.2 wordt het thema "stress" vergeten: kwantitatief gezien is dit van groter belang voor de volksgezondheid dan de daar genoemde zaken.

De voorzitter verzoekt Garretsen om een overeenstemmend tekstvoorstel.

Gunning maakt zich zorgen omdat het in de discussie nog helemaal niet duidelijk wordt, in welke vorm gezondheidsdoelstellingen meegewogen kunnen worden bij beleidsbeslissingen van andere departementen dan WVC. Hier ligt wellicht een taak voor de vertegenwoordigers van de Tweede Kamer die hier aanwezig zijn. De Tweede Kamer is het lichaam bij uitstek om erop toe te zien dat er geen ongewenste gezondheidseffecten voortvloeien uit beleidsbeslissingen bij andere departementen.

Het komt de voorzitter vreemd voor om een beleidscoördinatieprobleem dat speelt op het niveau van het Kabinet toe te delen aan het parlement. Dit is geen vraag van of/of, maar eerder van en/en.

Netelenbos beaamt het laatste. Er zijn vaak grote spanningen tussen hetgeen volgens WVC wenselijk is, en wat vanuit andere ministeries wordt voorgesteld. Als je een zo belangrijk thema als volksgezondheid ook als facetbeleid zou willen zien, dus als je het op alle beleidsterreinen zou willen meewegen, dan moet allereerst bij de departementen benadrukt worden om het steeds als toetsingskader mee te nemen. Daarnaast zal de Tweede Kamer uiteraard plannen moeten toetsen. Dit is voor kamerleden, met hun geringe "bestaffing", echter vaak een zeer ingewikkelde zaak.

De voorzitter stelt voor dat dit in de aanhef van 2 wordt samengevat.

Vriens meent dat het te simpel is om de bal naar de Tweede Kamer te spelen, zoals Gunning doet. Ze beklemtoont vervolgens dat we op deze conferentie proberen om aanbevelingen voor de gezondheidszorg te concretiseren. Het is dan tevens nodig om met concrete aanbevelingen te komen ten aanzien van andere departementen dan WVC. Het is jammer dat er vanochtend zo makkelijk aan voorbijgegaan werd om onder andere Financien

in de tekst te noemen. Dit zou niet in het voorwoord maar onder VROM en SOZA in de tekst moeten gebeuren.

De voorzitter heeft hiertegen geen bezwaar.

Ginjaar wenst de discussie over verkokering en coördinatie te verhelderen met twee voorbeelden.

1. In verband met de uitbreiding van Schiphol is uitgebreid met alle partijen gediscussieerd. Dit heeft geresulteerd in een Plan van Aanpak. Men moet nu constateren dat in de inhoud daarvan, niet meer wordt voldaan aan de wettelijke normstelling....De samenleving beslist zo eigenlijk heel duidelijk dat een verdere verslechtering van de gezondheidstoestand aanvaardbaar is. De vraag is hoe je met dit probleem omgaat.
2. Er gaat een versoepeling plaatsvinden van beleidsnormen in scheepvaartgebieden. Ook hier is duidelijk sprake van een versoepeling van condities die invloed hebben op de volksgezondheid.

In beide gevallen treft het vooral groepen met een lagere sociaal-economische status.

De voorzitter wijst erop dat we steeds spreken over een afweging als het gaat om het aanspreken van andere departementen op de gezondheidseffecten van hun maatregelen. We vragen hen niet dergelijke effecten absolute prioriteit te geven.

Ginjaar is het hier vanuit maatschappelijk oogpunt gezien mee eens. Spreken we echter over methoden om SEGV te verkleinen, dan illustreert zo'n praktisch voorbeeld dat een discussie op abstract niveau weliswaar tot beleidsconclusies kan leiden, maar dat de uitwerking in de praktijk ongelooflijk moeilijk is. Daar ligt dan niet alleen een verantwoordelijkheid voor departementen, maar ook voor de volksvertegenwoordiging.

Roscam Abbing wijst op het voorbeeld van de milieu-effectrapportage die vereist is bij belangrijke beleidsbeslissingen. Men zou hier theoretisch kunnen voorstellen dat hieraan de noodzaak van een gezondheids-effectrapportage wordt toegevoegd. Of, nog specifiek: de noodzaak van een gezondheidsverschillen-effectrapportage. Dit is niet aan te raden. Toch zou het thema op een bepaalde manier als aandachtsgebied moeten worden meegenomen bij majeure operaties. Kunnen we dit als aanbeveling opnemen?

De voorzitter is het hiermee eens, dit is in zijn ogen ook de strekking van de discussie. Gezondheidseffecten, met name voor risicogroepen, moeten één van de toetspunten vormen, in de eerste plaats bij de beleids-

voorbereiding, en daarna bij de beoordeling van het beleid in het parlement.

Netelenbos meent, dat indien Financiën in de tekst een belangrijker plaats krijgt, ook EZ zo'n plaats verdient.

De Vijlder doet als concrete suggestie hier tevens de departementen te noemen die betrokken zijn bij het minderhedenbeleid.

De voorzitter meent dat beide toevoegingen in beginsel een plaats kunnen krijgen. Wel past de waarschuwing dat we noch aan een vrome litanie, noch aan een al te gedetailleerde beschouwing werken. Hiermee wordt de discussie gesloten.

5.5 Herziene stellingen (conclusies)

Bij het terugdringen van gezondheidsverschillen is de overheid verantwoordelijk voor het stellen van normen waarbinnen maatschappelijke organisaties opereren. Daarnaast moet de overheid de randvoorwaarden creëren die het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen mogelijk maken. Deze taak is breed gespreid: het Kabinet en de Tweede Kamer zijn ervoor verantwoordelijk dat de effecten van beleidsmaatregelen op de gezondheid van met name de laagste sociale bevolkingsgroepen worden gespecificeerd. Zij dragen er zorg voor dat deze effecten worden meegewogen in de besluitvorming, zodat schadelijke effecten tot een minimum beperkt worden. De feitelijke uitvoering van activiteiten gericht op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen ligt daarentegen in de eerste plaats bij partijen in het veld.

Gezien het feit dat overheidsmaatregelen buiten het beleidsterrein van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een belangrijk effect op de volksgezondheid (en de ongelijkheid daarin) kunnen hebben, is een intersectoraal kabinetsbeleid wenselijk. Dit neemt niet weg dat de afzonderlijke beleidsverantwoordelijkheid hierbij voor sectorale maatregelen blijft bestaan.

Binnen de Rijksoverheid zijn tenminste de volgende ministeries direct betrokken bij de beleidsbepaling ten aanzien van het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen:

2.1 De bewindspersonen van WVC dienen toe te zien op:

- een preventiebeleid dat gericht is op het bereiken van maximaal effect onder de groeperingen die de hoogste risico's hebben, ook al houdt dat in dat hiervoor een ongelijke inspanning noodzakelijk is. Daarbij dienen niet alleen de gebruikelijke methoden zoals vaccinatie, screening en gezondheidsvoorlichting te worden gehanteerd, maar verdient eveneens een integrale benadering van achterstandssituaties benadrukt te worden. Hierbij kan worden gedacht aan maatregelen gericht op het bevorderen van veiligheid en hygiëne in de woonomgeving en het voorkómen van ongevallen;
- het blijven waarborgen van algemene toegankelijkheid van adequate zorg. Tevens dient te worden bevorderd dat de gezondheidszorg voor de diverse sociale lagen een gelijke effectiviteit heeft. Speciale aandacht dient daarbij geschonken te worden aan gehandicapten en chronisch zieken (waaronder psychiatrische patiënten), ouderen en andere risicogroepen, waarbinnen gezondheidsverschillen ten gevolge van hun sociale status zich het sterkst manifesteren. Bij de stelselherziening en de keuzen in de zorg dienen de effecten op de verschillende sociale bevolkingsgroepen expliciet aan de orde te komen;
- het blijven stimuleren van gericht onderzoek naar het ontrafelen van de mechanismen volgens welke sociaal-economische gezondheidsverschillen ontstaan en naar de effectiviteit van gerichte maatregelen (en hun langere termijn effecten).

2.2 De bewindspersonen van Sociale Zaken en Werkgelegenheid dienen toe te zien op:

- het bieden van een minimum bestaanszekerheid aan iedere bewoner van Nederland via het vaststellen van het niveau van de minimumbeloning en daarvan afgeleid het stelsel van sociale verzekeringen en sociale voorzieningen;
- het optimaliseren van de arbeidsparticipatie, waarbij vooral kansen gecreëerd worden voor groeperingen met een lage sociaal-economische status;

- het voorkómen van gezondheidsproblemen ten gevolge van arbeidsomstandigheden, waarbij vooral de fysieke belasting en stressfactoren prioriteit krijgen.

2.3 De bewindspersonen van Onderwijs en Wetenschappen dienen toe te zien op:

- maatregelen gericht op het terugdringen van achterstanden en schoolverzuim in het onderwijs. Deze maatregelen dienen vooral toegesneden te zijn op kinderen uit minderheidsgroepen. Maatregelen in het kader van het onderwijsvoorrangsbeleid en de Sociale Vernieuwing moeten gericht zijn op het creëren van gelijke kansen op onderwijs;
- het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het lager en voortgezet onderwijs;
- het toekennen van een hoge prioriteit in het voortgezet onderwijs aan het terugdringen van uitval en het verwerven van tenminste primaire beroepskwalificaties;
- het terugdringen van taal-, reken- en andere achterstanden onder volwassenen en het vergroten van kansen op arbeid door deelname aan de basiseducatie en beroepsgerichte volwasseneneducatie.

2.4 De bewindspersonen van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer dienen erop toe te zien dat via stedenbouwkundige planning, volkshuisvesting en milieubeheer een ongezonde woonomgeving wordt teruggedrongen (stadsvernieuwing, wijkbeheer en wijkonderhoud).

2.5 Ook de departementen van Financiën (fiscale aspecten), Economische Zaken en de departementen die minderhedenbeleid voeren, zouden een bijdrage moeten leveren aan het verminderen van gezondheidsverschillen. Bij een vervolg van de activiteiten in dit kader zou een verbreding van het aandachtsterrein wenselijk zijn.

6. SEGV EN BELEID VAN BETROKKEN MAATSCHAPPELIJKE ORGANISATIES

6.1 Discussiestellingen

De discussiestellingen over SEGV en beleid van betrokken maatschappelijke organisaties zijn genummerd van 3.1 t/m 3.5.

- 3.1 Werkgevers en werknemers moeten gezamenlijk komen tot een verbetering van de kwaliteit van de arbeid, waardoor SEGV ten gevolge van het arbeidsproces worden teruggedrongen. In coördinatie met sociaal-geneeskundigen (bedrijfsartsen) kan zo naar mogelijkheden worden gezocht om een gezondere werkomgeving te bewerkstelligen.
- 3.2 Werkgevers moeten in overleg met werknemers en overheid werkgelegenheid creëren en een personeelsbeleid ontwikkelen dat erop gericht is achterstandsgroepen extra kansen te geven. Hierdoor kan SEGV ten gevolge van onvrijwillig buiten het arbeidsproces staan bij groeperingen met een lage sociaal-economische status worden teruggedrongen.
- 3.3 Zorgverzekeraars dienen te bemiddelen bij het tot stand komen van een kwalitatief goede gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is zonder onderscheid naar sociaal-economische status, binnen de randvoorwaarden en normen als gesteld door het ministerie van WVC.
- 3.4 Beroepsgroepen en instellingen in de zorg hebben een cruciale taak bij het tot stand brengen van een optimale kwaliteit van zorgvoorzieningen, zowel in preventieve als in curatieve zin, ongeacht sociaal-economische status van de patiënt/gebruiker.
 - Concrete mogelijkheden daartoe bestaan vooral uit een doelgroep specifieke benadering in de jeugdgezondheidszorg en gezondheidsvoorlichting en opvoeding. Groepen met een hoog risico krijgen daarbij extra aandacht (door sociaal-geneeskundigen, GVO'ers, GGD'en).
 - Huisartsen leveren een specifieke bijdrage aan het terugdringen van SEGV via een alert reageren op gezondheidsklachten met een sociaal-economische oorzaak (arbeidsomstandigheden of werkloosheid, ongezonde leefgewoonten,

huisvestingsproblemen, sociaal isolement, etc.). Coördinatie met andere partijen is hierbij geboden.

Ook bij het effectief gebruik maken van beschikbare gezondheidszorg moet de huisarts een sleutelrol vervullen bij een doelmatige doorverwijzing en advisering. Centraal moet hierbij staan een extra aandacht voor mensen die zich met moeite kunnen uitdrukken.

- 3.5 De GGD'en zijn toegerust voor een integrale, wijkgerichte benadering van gezondheidsachterstand ten gevolge van sociaal-economische omstandigheden, waarin in overleg met de lokale overheid en andere lokale organisaties gezondheidsproblemen kunnen worden benaderd in samenhang met problemen op het gebied van huisvesting, werkgelegenheid, leefgewoonten en milieuhinder.

6.2 Toelichting op de stellingen door dr. J.A.M. Hulshof (WVC, afd. STABO)

In de voorgaande discussies is al veel gezegd over mogelijkheden die maatschappelijke organisaties hebben bij het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Aan de orde kwam bijvoorbeeld de rol van attitudeverandering bij de medische professie, van mondigheidsbevordering van de patiënten uit lagere SES-groepen, de rol van werkgevers bij het terugdringen van ongezonde arbeidsomstandigheden, en vooral ook de vitale rol die Gemeentelijke Gezondheidsdiensten kunnen vervullen bij een wijkgerichte, integrale benadering.

Wanneer we hieraan toevoegen de uitgebreide bijdragen die vele maatschappelijke groeperingen hebben geleverd aan de bundel, blijkt dat er vanmiddag nogal wat te bespreken over blijft. Laten we een en ander trachten systematischer weer te geven.

Wat zijn de uitgangspunten geweest bij het derde blok van stellingen:

1. Interventies met betrekking tot verminderen SEGV zijn een taak van maatschappelijke organisaties. In een conjunctuur van deregulering, decentralisatie, versterking van marktwerking en eigen

verantwoordelijkheid van de burgers is de rol van de rijksoverheid bij deze uitvoerende taken beperkt.

2. SEGV ontstaan als ongewenst neveneffect van maatregelen die met een ander doel genomen zijn; ze dienen geen doel op zich. Het terugdringen van SEGV vergt daarmee een afweging van gezondheidsbelangen en andere belangen.
3. Het toekennen van een hogere prioriteit aan effecten op de gezondheid van ingrijpende beleidsbeslissingen; dit is vanochtend ook reeds ter sprake gekomen. Hier kan gedacht worden aan een gezondheids-effectrapportage (in vergelijking met de milieu-effectrapportage).
4. Integrale en interdisciplinaire aanpak blijken noodzakelijk.

Laten we dit proberen toe te spitsen op een tweetal clusters van stellingen: de eerste betreft arbeidsomstandigheden en werkgelegenheid; de tweede betreft het effect van gezondheidszorg en preventie. Met betrekking tot de eerste cluster kan opgemerkt worden dat juist op dit terrein de afweging van economische belangen en het gezondheidseffect op de laagste sociaal-economische groepen nadrukkelijk aan de orde komt.

Juist op dit terrein komt de afweging van economische belangen en het gezondheidseffect op laagste sociaal-economische groepen nadrukkelijk aan de orde. De discussie hierover kan ook geplaatst worden in het licht van wat de heer Balemans hier vanmorgen al over opmerkte met betrekking tot toenemende werkdruk en uitstoot van werknemers naar WAO en ziektewet.

De belangrijkste partners zijn in dit geheel zijn de werkgevers en werknemers en tot op zekere hoogte de bedrijfs- en verzekeringsartsen.

Belangrijkste beleidsprioriteiten zijn dan:

1. verbetering kwaliteit van de arbeid (minder vuil en zwaar werk);
2. extra werkgelegenheid voor achterstandsgroepen.

Een tweede cluster heeft betrekking op het effect van gezondheidszorg en preventie. De belangrijkste partners op dit terrein zijn de ziektekostenverzekeraars, medische beroepsbeoefenaren, ggd'en, en patiënten en gebruikers van gezondheidszorgvoorzieningen.

Mogelijke beleidsprioriteiten op dit terrein zijn:

1. Algemene toegankelijkheid van zorg, geen selectie van verzekerden of patiënten;
2. in zorgverlening extra aandacht voor:
 - sociaal-economische oorzaken van ziekten,
 - communicatieproblemen tussen hulpverlener en patiënt.
3. in preventie extra aandacht voor:
 - sociaal-economische oorzaken van ziekten,
 - doelgroepgerichte, integrale aanpak van activiteiten.

Ik constateer tenslotte dat de vertegenwoordigster van het LPCP hier natuurlijk onmiddellijk bij zal opmerken dat er geen specifieke stelling is over de rol van de patiënten en hun organisaties. Laat ik hierover gelijk een voorstel formuleren: "patiënten en hun organisaties zijn de eerst aangewezenen om door middel van mondig en alert reageren te wijzen op een ongelijke toegankelijkheid van zorg of ongelijk effect van preventie-activiteiten. Dit kan tot uitdrukking komen in overleg met overheden en andere maatschappelijke groeperingen".

Meneer de voorzitter, het lijkt me dat tezamen met hetgeen in eerdere momenten over blok 3 van de stellingen gezegd is, de eerste aftrap voor de discussie hierbij kan blijven.

6.3 Commentaar door dr. H.K. Klamer (secretaris NCW)

Als ik inga op de rol van sociale partners bij de verkleining van gezondheidsverschillen, is het tevens nodig om in te gaan op de rol van de andere spelers op het maatschappelijk speelveld. Allereerst is de rol van de overheid belangrijk.

Kerntaak voor de overheid is onbetwist het creëren van een wettelijk kader voor zorgvoorzieningen en voor een stelsel van zorgverzekeringen die de toegankelijkheid tot die voorzieningen garanderen. Nederland kent een gemengd systeem van ziektekostenverzekeringen die tezamen hebben geleid tot een goed toegankelijke, betaalbare en grotendeels op basis van solidariteit gefinancierde gezondheidszorg. Dit stelsel van ziektekostenverzekeringen draagt op zichzelf al bij tot het beperkt houden van gezondheidsverschillen, omdat het waarborgt dat iedere Nederlander

ongeacht inkomen op gelijke wijze gebruik kan maken van zorgvoorzieningen. Ook werkgevers hebben van oudsher het belang ingezien van een goede verzekering tegen ziektekosten.

Sociaal Economische Status "SES" is een sociologische abstractie die vertaald moet worden naar bepaalde risicogroepen. Concreet gaat de aandacht dan vooral uit naar groepen van mensen die te maken hebben met een cumulatie van risicofactoren, met name in de sfeer van werken-wonen-leren. Om de positie van deze groepen te verbeteren moeten zij eerst concreet worden geïdentificeerd. Ik denk dan concreet aan de etnische minderheden en bewoners van bepaalde stadswijken. Vervolgens is de vraag wat er gedaan kan worden, met name in de sfeer van werk, huisvesting en gevolgde opleiding, en wie dit moet doen.

De centrale beleidsmakers in de gezondheidszorg en speciaal op WVC moeten niet te hoge verwachtingen hebben dat zij SES-kenmerken kunnen beïnvloeden. Die liggen immers op heel andere terreinen van overheidszorg en kennen een eigen dynamiek en ontwikkeling. Daarbij komen nog de deregulering en decentralisatie die op een aantal terreinen terecht worden nagestreefd. Daardoor zijn deze risicofactoren door de overheid en met name de centrale overheid moeilijker te beïnvloeden dan vroeger. En dan spreek ik nog maar niet over de problemen die samenhangen met een effectieve beleidscoördinatie tussen de verschillende betrokken vakdepartementen. Ik wil benadrukken, dat de overheid slechts een van de spelers is op het speelveld met anderen. Op dit speelveld is de overheid niet bovengeschiedt maar eerder nevensgeschiedt ten opzichte van de andere actoren, onder wie gemeentes en sociale partners.

Als het gaat om de taak van de overheid bij het wegnemen van sociaal-economische gezondheidsverschillen moet de nadruk liggen op een decentrale aanpak. Belangrijk in dit verband zijn de plannen voor Sociale Vernieuwing van het huidige kabinet Lubbers-Kok, die in hun opzet een geïntegreerde verbetering beogen van veiligheid, wonen, leren, werken en gezondheid. Middel daarvoor is met name de bundeling en decentralisatie van subsidiestromen in de richting van gemeenten. De voortgang van dit project geeft aan hoe moeilijk het is om op dit terrein vooruitgang te maken.

Dan kom ik nu op de rol van maatschappelijke organisaties en met name bij de rol van het bedrijfsleven. Wat kan van het bedrijfsleven worden verwacht om gezondheidsverschillen te verkleinen dan wel beperkt te houden? Kúnnen en móeten verschillen in gezondheid worden verkleind en zo ja, hoe kan en moet dat dan gebeuren? Bepaalde beroepen brengen nu eenmaal gezondheidsrisico's met zich mee. Ieder beroep heeft zo zijn eigen "beroeps"ziektes, gevaren en risico's. De gezondheidsverschillen die hiervan het gevolg zijn, zijn niet gewild, ook niet bedoeld, maar soms onvermijdelijk. Arbeid brengt nu eenmaal risico's met zich mee, zeker als het gaat om industriële arbeid. Dit mag niet tot defaitisme leiden want geëist mag worden dat al wat redelijkerwijs mogelijk is, is gedaan om de nadelige effecten op de gezondheid te voorkomen. Hieraan is en wordt veel gedaan, maar hier zijn zeker verbeteringen mogelijk, temeer omdat het bij kwaliteit gaat om een dynamisch proces, waarbij de vooruitgang in de techniek nadrukkelijk een rol speelt. Daarbij dient gezegd te worden dat de gezondheidsrisico's en bezwarende omstandigheden vaak op één of andere manier financieel worden gecompenseerd (middels toeslagen wegens onregelmatigheid, vergoeding voor overwerk, verwerken van bezwarende omstandigheden in systemen van functieclassificatie). Gezondheidsverschillen worden daarmee niet weggenomen maar meer aanvaardbaar gemaakt.

Er kan zeker nog het een en ander gebeuren. Het is moeilijk aanvaardbaar dat er beroepen zijn waar het eerder uitzondering is dan regel dat werknemers op normale wijze de pensioengerechtigde leeftijd bereiken (bijv. beroepen als stucadoor, stratenmaker of chauffeur). Het gaat dan vaak om werk dat vrij weinig scholing vereist, waar vrij zware fysieke arbeid wordt verricht en waarbij nogal eens sprake is van lange werktijden.

Wat doen de sociale partners? Belangrijk zijn de afspraken die overheid, werkgevers- en werknemersorganisaties hebben gemaakt in de Stichting van de Arbeid over de aanpak van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Ik kan u meedelen dat de aandacht voor arbeidsomstandigheden in het bedrijfsleven groeit. Bedrijfstakingen en bedrijven nemen op dit gebied veel initiatieven. Ook CAO's bevatten in toenemende mate afspraken over arbeidsomstandigheden. Belangrijk zijn ook de afspraken over verbetering van de arbeidskansen voor allochtonen. Allochtonen vormen immers een

duidelijke risicogroep. De resultaten van deze inspanningen zijn bemoedigend.

Belangrijk is de Arbeidsomstandighedenwet die de werkgever verplicht een ondernemingsbeleid te voeren dat mede gericht is op een zo groot mogelijke veiligheid, een zo goed mogelijke bescherming van de gezondheid en op het bevorderen van het welzijn van werknemers binnen de onderneming. Dat betekent dat preventie en voorzorg integraal onderdeel horen te vormen van het ondernemingsbeleid. Dit alles "voorzover redelijkerwijs kan worden gevergd" en met inachtneming van de "best bestaande regelen der techniek". Invulling van dit arbeidsomstandighedenbeleid is in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de werkgever in overleg met de ondernemingsraad, waarbij de Arbeidsinspectie op eigen initiatief of op verzoek een "aanwijzing tot naleving" kan geven over de manier waarop in een concrete situatie de algemene beginselen moeten worden ingevuld.

De werkgever heeft ook een voorlichtende taak die te vergelijken is met wat men in de gezondheidszorg kent onder de noemer Gezondsvoorlichting en Opvoeding. De wet verplicht de werkgever namelijk tot voorlichting en onderricht over "de veiligheid, de gezondheid en het welzijn in verband met de arbeid".

Opvallend is dat in de Arbeidsomstandighedenwet ook de werknemer een verantwoordelijkheid heeft; werknemers zijn volgens de wet verplicht om "in verband met de arbeid de nodige voorzichtigheid en zorgvuldigheid in acht te nemen ter vermindering van gevaren voor de veiligheid of de gezondheid van henzelf of van anderen, dan wel met het oog op hun welzijn". Hier ligt - denk ik - een belangrijk punt. Wij moeten oppassen om mensen alleen in een slachtofferrol te zien. Mensen dragen ook zelf verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Dat geldt niet alleen in de arbeid, maar ook als het gaat om gedrag in het verkeer of voedingsgewoontes.

De ondernemer is dus met de ondernemingsraad verantwoordelijk voor de arbeidsomstandigheden. Maar natuurlijk is ook hier een rol weggelegd voor deskundigen, met name voor de bedrijfsgezondheidszorg. Bedrijfsgezondheidsdiensten zijn verplicht voor industriële bedrijven van 500 of meer werknemers. Daarnaast hebben veel bedrijven zich vrijwillig aangesloten bij een Bedrijfsgeneeskundige Dienst. Bepaalde bedrijfstakken hebben op

vrijwillige basis een eigen, op hun specifieke situatie toegesneden vorm van bedrijfsgezondheidszorg ontwikkeld of zijn daarmee bezig (m.n. de bouwnijverheid, de agrarische sector en het wegvervoer). Werkgevers- en werknemersorganisaties hebben met elkaar de wenselijkheid uitgesproken om te komen tot bedrijfsgezondheidszorg voor alle werknemers. Hierover wordt momenteel verder overlegd in de Arboraad. Discussiepunten daarbij zijn vooral de vrijwillige dan wel wettelijke basis voor de verdere uitbreiding van de bedrijfsgezondheidszorg, en de inhoud en organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg. De bedrijfsgezondheidszorg voor kleine bedrijven moet alleen al om logistieke redenen heel anders worden opgezet dan in grote geconcentreerde produktielocaties. Daarbij komt dat de aard van de gezondheidsrisico's in de verschillende bedrijfstakken sterk uiteenloopt, waardoor ook de gewenste en noodzakelijke bedrijfsgezondheidszorg qua aard en intensiteit sterk per sector verschilt. Voor bepaalde sectoren bijvoorbeeld in de dienstverlening zal bedrijfsgezondheidszorg een beperktere betekenis kunnen hebben dan bijvoorbeeld in industriële sectoren. Verschillen in gezondheidsrisico's vereisen derhalve een gedifferentieerde en op maat gesneden aanpak.

Ik ben het ten dele eens met stelling 3.1. Ik heb de volgende kanttekingen: er gebeurt al het nodige op het gebied van de arbeidsomstandigheden; daarbij gaat het nooit om gezondheidsverschillen te verkleinen, maar om gezondheid zo goed mogelijk te waarborgen, eigenlijk om ongezonde situaties te voorkomen. Het gaat in de eerste plaats om de samenwerking tussen de individuele werkgever met werknemers in de onderneming. Op bedrijfstakniveau ligt er ook een taak maar die is van beperktere omvang. Men kan bijvoorbeeld denken aan bedrijfsgezondheidszorg.

Stelling 3.2 suggereert wellicht dat er nog te weinig gebeurt in de richting van achterstandsgroepen. Ik denk dat er al wel veel gebeurt. Ik denk dat hier het primaat bij de organisatie van de arbeidsvoorziening ligt waarin sociale partners en overheid samen het bestuur vormen en waar momenteel veel initiatieven worden genomen gericht op langdurig werklozen en met name allochtonen. De stelling praat wel wat gemakkelijk over het creëren van werkgelegenheid. Het gaat vooral om de invulling van bestaande vacatures.

Als wij echt met elkaar de werkgelegenheid voor laaggeschoolden substantieel willen verbeteren, zijn veel ingrijpender maatregelen nodig. Bijvoorbeeld een verlaging van het minimumloon, zoals de WRR heeft voorgesteld. Verlaging van het minimumloon kan ertoe leiden dat zwakkeren gemakkelijker de weg naar de arbeidsmarkt vinden.

Met stelling 3.3 ben ik het eens. Voortrekken van mensen op grond van sociaal-economische status is ongewenst. Er dienen uitsluitend medische criteria te gelden. Ik vraag mij wel af of het primaat bij verzekeraars moet liggen. In de planning van zorgvoorzieningen zie ik nadrukkelijk een rol voor de overheid. Ik ben een beetje nieuwsgierig naar de randvoorwaarden en normen van WVC die in de stelling genoemd worden. Als daarmee bedoeld wordt dat in de basisverzekering geen eigen risico's mogen worden overeengekomen, ben ik het daarmee niet eens.

6.4 Discussie

De voorzitter opent de discussie.

Van Vliet merkt op dat eerder al gediscussieerd is over gedifferentieerd beleid, gericht op achterstandsgroepen. Ook stelling 3.2 gaat hierover; zou ze nader gepreciseerd kunnen worden door hier expliciet te spreken van quotering?

De voorzitter meent dat dit een erg controversieel thema is, dat in deze discussie beter vermeden kan worden.

Nuijens reageert op stelling 3.3: deze is te algemeen geformuleerd. Het eerste gedeelte van de zin kan blijven staan "..., binnen de randvoorwaarden zoals gesteld door het ministerie van WVC", zou vervangen moeten worden door: het ministerie van WVC dient randvoorwaarden en normen te stellen die dat ook bevorderen.

Witteveen stelt Hulshof een vraag over stelling 3.4. Bij het eerste gedachtenstreepje wordt gesproken over de concrete mogelijkheden van een doelgroep-specifieke benadering in de jeugdgezondheidszorg. Wat wordt hier bedoeld? De ervaringen van de laatste jaren geven aan dat er sprake

is van achteruitgang in de jeugdgezondheidszorg. Er is hierbij concurrentie met de "care" voor ouderen.

Bij stelling 3.5 zou voorts nog eens expliciet vermeld moeten worden, dat SEGV vooral zichtbaar worden op lokaal niveau. Daardoor zien met name gemeenten zich geconfronteerd met de noodzaak om een oplossing te vinden. De opmerking dat GGD'en zijn toegerust voor een integrale wijkgerichte benadering, kan gewijzigd worden in: GGD'en moeten worden toegerust... De werkelijkheid is minder mooi dan de stelling suggereert.

Hulshof stelt voor om dit laatste gedeelte van stelling 3.5 als volgt te formuleren: de GGD'en hebben een vitale rol bij een integrale en wijkgerichte benadering. Dat ze hier ook voor moeten worden toegerust, is dan een consequentie van de stelling.

Vos (GGD, Utrecht) is het met de hier voorgestelde formulering eens, zij het dat er dan aan toegevoegd moet worden; ... zij dienen hiertoe ook materieel in staat gesteld te worden.

De voorzitter ziet hiertegen geen bezwaar.

Roscam Abbing meent, aansluitend, dat een cruciale vraag bij de stellingen onder 3 is, wie is de geadresseerde? Het overheidsbeleid was in het vorige discussieblok aan de orde. Maar ook in dit deel is het van belang. De maatschappelijke organisaties moeten de gelegenheid krijgen om taken uit te oefenen. Bij de GGD'en moet er financiële ruimte zijn, en politieke ruimte vanuit het gemeentebestuur. Bij de verzekeraars is hetzelfde aan de orde. Men kan het wel hebben over de taken die ze moeten uitvoeren, maar er moeten dan wel randvoorwaarden zijn. In het nieuwe stelsel zou er voor hen bijvoorbeeld een uitkering uit de centrale kas moeten zijn voor bepaalde taken, opdat ze niet discrimineren naar ondermeer SES. Zo kunnen vanuit de overheid prikkels worden gegeven ter vermindering van SEGV. Met de stellingen onder 3 wordt dus eigenlijk toch weer het publieke bestel de geadresseerde.

Netelenbos vraagt hoe Roscam Abbing zich zo'n uitkering uit de centrale kas voorstelt; zou men niet uitkomen bij een uiterst fraudegevoelige regeling?

De voorzitter oppert dat deze vraag wellicht te technisch is.

Roscam Abbing meent dat er niettemin iets principieels achter zit. Met het detailleren van regelingen is er weliswaar een groot risico van

fraudegevoeligheid, maar tegelijk wordt uitgesproken dat men prikkels voor het terugdringen van SEGV wel wil inbouwen.

Sonneveldt voegt toe dat hij het onjuist vindt om hier vast te leggen dat het nieuwe verzekeringsstelsel de bedoeling heeft SEGV te verminderen. De koppeling tussen beide is uiterst indirect. Technische details in deze richting zouden hier niet aan de orde moeten zijn.

De voorzitter deelt deze mening.

Nuijens licht toe dat zijn eerdere opmerking over stelling 3.3 vooral de strekking had, dat de normen zodanig moeten zijn, dat ze geen toename van SEGV bevorderen. De technische uitwerking kunnen we hier inderdaad laten rusten.

Lanphen reageert op stelling 3.4. Ze stelt voor deze te splitsen in drie stellingen; ze gaat over drie zeer uiteenlopende zaken:

- a. hulpverleners en hulpverlenende instanties mogen in het leveren van zorg geen onderscheid maken naar SES;
- b. er zijn mogelijkheden voor hulpverleners om SEGV terug te dringen, via heel specifieke activiteiten. Hierbij wordt in de tekst één voorbeeld genoemd, er zijn er vele;
- c. hulpverleners (en niet alleen huisartsen) kunnen, ook meer in het algemeen, een bijdrage leveren aan het terugdringen van SEGV, door alert reageren.

De voorzitter stemt met dit voorstel in.

Van der Hoop gaat in op stelling 3.3. Tussen wie moeten de daar genoemde zorgverzekeraars bemiddelen? Hoe? En wie bepaalt wat een kwalitatief goede gezondheidszorg is? Is het vaststellen van randvoorwaarden en normen het prerogatief van WVC, of moet gestreefd worden naar een maatschappelijk bepaald niveau? Er ligt hier wel degelijk een rol voor patiënten- en consumentenvertegenwoordigers. Van hun kennis zou in een vroeg stadium gebruik gemaakt moeten worden.

De voorzitter stelt voor deze onduidelijkheden op te lossen, door aan de stelling toe te voegen dat het ministerie van WVC normen stelt "rekening houdend met de maatschappelijk gevoelde behoeften".

Van der Hoop merkt op dat de vraag dan nog blijft bestaan of de zorgverzekeraars een bemiddelende rol moeten spelen.

Netelenbos meent dat het tekstvoorstel van de voorzitter gewijzigd zou moeten worden in "binnen het wettelijk kader, zoals dat geldt".

De voorzitter besluit de verdere discussie hieromtrent, door te stellen dat een aanpassing van de tekst volgens het voorstel van Netelenbos gewenst is. In een aparte stelling wordt dan ingegaan op de rol van patiënten- en consumentenorganisaties.

Bouman twijfelt aan het realiteitsgehalte van dezelfde stelling. Het verlaten van het systeem van declaratie bij introductie van een systeem van normuitkering, betekent feitelijk dat de weg van risicoselectie wordt geopend. Daarbij is het de vraag of de (concurrerende) zorgverzekeraars de aangewezen personen zijn om selectie te voorkomen. Er moet zeker voorkomen worden dat er risico-selectie tot stand komt, dit dient echter geregeld te worden in de sfeer van het toezicht op de zorgverzekeraars.

Hulshof zal een en ander in een tekstvoorstel opnemen.

Mackenbach stelt Klamer een vraag met betrekking tot stelling 3.1. In diens bijdrage aan de bundel (blz. 60) staat dat gezondheidsverschillen aanvaardbaar kunnen zijn. In hoeverre onderschrijft Klamer nu stelling 3.1? Waar liggen de grenzen aan de bereidheid van werkgevers om er wat aan te doen?

Klamer licht toe dat hij drie samenhangende opmerkingen heeft gemaakt.

1. Arbeid brengt als vanzelf risico's met zich mee, die niet geheel te vermijden zijn;
2. Al het redelijkerwijs mogelijke moet gedaan worden om deze risico's te verminderen. Hier ligt duidelijk een verantwoordelijkheid voor werkgevers;
3. Financiële compensatie kan risico's meer aanvaardbaar maken.

In verband met stelling 3.1 kan dus worden onderschreven dat werkgevers al het mogelijke moeten doen om te komen tot verbetering van de kwaliteit van arbeid. Dit is ook hun wettelijke plicht. Men moet dan overigens niet verwachten dat werkgevers hierbij meteen aan SEGV denken. De inhoud van de stelling kan worden onderschreven.

Bouman merkt over stelling 3.1 op, dat hij zich hieraan uiteraard kan committeren; er staat in feite niet veel meer in, dan dat waartoe men al wettelijk verplicht is.

Misschien kunnen de volgende drie concretiseringën verwerkt worden in 3.1 en 3.2.

- Bedrijfsgezondheidszorg zou bij wet verplicht gesteld moeten worden voor alle bedrijven.
- Er is een probleem in bedrijven als het gaat om management en personeelsbeleid. Er zou in de bedrijven meer rekening gehouden moeten worden met de belastbaarheid van mensen.
- Als het er werkelijk van komt dat er meer mogelijkheden worden gecreëerd voor terugkeer van WAO-ers in het arbeidsproces, dan moet men een lagere arbeidsproductiviteit aanvaarden. Het tempo van de productiviteitsstijging moet ter discussie gesteld worden.

De voorzitter merkt op dat de twee laatstgenoemde opmerkingen niet controversieel hoeven te zijn.

Klamer beaamt dat wellicht inderdaad rekening met de belastbaarheid van mensen moet worden gehouden. Dat gebeurt ook al. Een verlaging van de arbeidsproductiviteit kan wel worden geaccepteerd als daar wat tegenover staat in de sfeer van het loonniveau. Arbeidsproductiviteit en loonkosten moeten in samenhang bekeken worden.

Bouman vraagt of dit concreet betekent, dat iemand met een lagere arbeidsproductiviteit minder zou moeten verdienen.

Klamer meent dat de wet hiertoe inderdaad bepaalde mogelijkheden biedt.

Balemans komt terug op zijn betoog van vanochtend. Hij meent dat verhoging van arbeidsparticipatie ter vermindering van werkdruk een thema is, dat zeker meegenomen moet worden. Hiervoor liggen er momenteel kansen.

Het uitgangspunt bij het spreken over arbeidsomstandigheden moet blijven dat er een zodanige normering komt, dat we 's morgens gezond aan de slag kunnen, en 's avonds gezond weer naar huis gaan. Arbeid mag overigens slijten; daarover moeten we dan wel consensus-normen bereiken.

De voorzitter stelt naar aanleiding van de opmerkingen van Bouman voor, dat in stelling 3.1 wordt opgenomen dat meer rekening moet worden gehouden met de belastbaarheid van mensen. In 3.2 wordt vervolgens na de eerste zin opgemerkt dat hier ook consequenties zijn voor de productiviteitsontwikkeling in aanmerking nemende het kostenaspect.

Bouman benadrukt dat hij slechts om verduidelijking heeft gevraagd. Voorkomen moet worden dat de mate van arbeidsproductiviteit straks een nieuw criterium wordt voor sociaal-economische verschillen.

Van Vliet gaat in op stelling 3.4, tweede gedachtenstreepje. Naast huisartsen zullen daar hulpverleners genoemd worden. Kan daar aan

toegevoegd worden, dat de specifieke bijdrage die beide leveren, tot uitdrukking moet komen in een gedifferentieerde planning van voorzieningen en capaciteit naar achterstandsgebieden? Van Etten maakte hierover eerder een opmerking.

Van Etten wijst erop dat een dergelijke vorm van plannen in de gezondheidszorg niet meer bestaat. Roscam Abbing noemde in dit verband al het vestigingsbeleid van huisartsen als voorbeeld. Wat Van Vliet voorstelt kan op dit moment niet.

Gunning meent dat dit thema al aan bod komt in stelling 3.3. Een goede toegankelijkheid houdt ook een goede regionale spreiding in.

Roscam Abbing benadrukt dat het hier gaat om een zeer principieel punt; het verdelen van zorg naar behoeften die gerelateerd zijn aan sociaal-economische achterstand. Onder 3.3 krijgt de verzekeraar daarbij een taak. Haar taak is in de praktijk achter niet zozeer het contracteren van een zorg die tegemoet komt aan SEGV. Ga je in de gezondheidszorg quoten? Met andere woorden: ga je preventieve en curatieve zorg extra toedelen aan de groepen die het ook extra nodig hebben? Met deze vraag kom je toch wel heel snel in de richting van planning, of van een zeer gedifferentieerd systeem van normuitkering.

De voorzitter vat samen dat het principe is, dat zwakke groepen moeten kunnen rekenen op een op hen afgestemde zorg. Het is een kwestie van techniek op welke wijze hiervoor gezorgd wordt.

Van Etten merkt op dat planningsfuncties wel degelijk blijven bestaan; niet als verantwoordelijkheid van de overheid, maar als verantwoordelijkheid van de partijen in het veld.

Netelenbos koppelt hieraan de vraag wat er dan zal gebeuren als het mis gaat met die planning. Dat zou juist voor de zwakkere groepen het geval kunnen zijn. Het is zinvol om te pleiten voor extra instrumenten die ervoor zorgen dat dit niet kan gebeuren.

Gunning wijst erop dat het laatste in stelling 2.1 expliciet onder woorden is gebracht. Het ministerie van WVC is verantwoordelijk voor het toezicht op de gelijke toegankelijkheid en gelijke effectiviteit van gezondheidszorg.

Sonneveldt verzet zich tegen de suggestie, dat het nieuwe verzekeringsstelsel zou zorgen voor een slechtere toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Uit de teksten over dit stelsel blijkt, dat er voldoende waarborgen voor gelijke toegankelijkheid zijn.

Nuijens meent dat de discussie momenteel in wezen gaat over het ontwikkelen van criteria voor goed verzekeraarschap. We kunnen hier noemen dat een goede planning en spreiding van zorg zo'n criterium is. Vanuit deze discussie kunnen we erop aandringen dat dit wordt opgenomen in de kwaliteitswetgeving die in voorbereiding is.

Vriens is van mening dat er twee definities door elkaar lopen. In de discussie over de stelselwijziging en door de commissie Dunning e.a. wordt gepraat over "de zwakkeren in de samenleving". Vandaag zou het echter gaan over "risicogroepen", een veel ruimere groep mensen, waaronder velen die gezond zijn, en waarvoor preventief beleid zinvol is. In verband met de laatste definitie lijkt de uitgebreide discussie over normstelling enigszins misplaatst. Er moet eenvoudigweg het uitgangspunt zijn, dat toename van SEGV op z'n minst voorkomen moet worden.

De voorzitter is het hiermee eens.

De Vijlder constateert dat eerder werd vastgesteld dat SEGV samenhangen met een breed scala aan factoren. Het is opmerkelijk dat juist de stellingen die betrekking hebben op lokaal beleid, zich vrijwel uitsluitend concentreren op de zorgsector. Bepleit wordt, om een stelling (3.6) toe te voegen waarin ook een appèl wordt gedaan op andere maatschappelijke organisaties die zich bezighouden met achterstandenbeleid.

De voorzitter gaat hiermee akkoord.

Bonte merkt op, dat in de stellingen onder 3 geen aandacht wordt besteed aan de noodzaak om maatregelen te evalueren. In stelling 3.1 wordt dit wel gedaan, daar beperkt ze zich echter tot beleidsbeslissingen. Laatstgenoemde stelling verdient uitbreiding, opdat de evaluatie zich ook kan uitstrekken tot het beleid van maatschappelijke organisaties.

Roscam Abbing vraagt aandacht voor het thema van de extra inspanning voor risicogroepen. In de discussie wordt steeds het evenredigheidsprincipe benadrukt; risico-groepen mogen niet minder krijgen dan anderen. Men zou zich hiernaast een beleid van positieve discriminatie in verband met SEGV kunnen voorstellen.

De voorzitter meent dat de tekst hiervoor aanknopingspunten biedt, bijvoorbeeld waar in stelling 2.1 gelijke effectiviteit van maatregelen wordt bepleit. Hij sluit de discussie.

6.5 Herziene stellingen (conclusies)

De uitvoering van activiteiten om de gezondheid van de laagste sociale groeperingen te verbeteren, is in de eerste plaats een taak van maatschappelijke organisaties, zeker in de huidige periode van deregulering, decentralisatie, versterking van marktwerking en toenemende eigen verantwoordelijkheid van de burgers.

Aangezien gezondheidsverschillen veelal ontstaan als ongewenst neveneffect van activiteiten buiten het terrein van de gezondheidszorg, is bij het ontwikkelen van een strategie gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen een integrale en interdisciplinaire aanpak noodzakelijk.

- 3.1 Werkgevers en werknemers moeten gezamenlijk komen tot een verbetering van de kwaliteit van de arbeid, waardoor gezondheidsschade ten gevolge van het arbeidsproces wordt teruggedrongen. Meer rekening moet daarbij worden gehouden met de belastbaarheid van werknemers (met name van ouderen). In coördinatie met sociaal-geneeskundigen (bedrijfsartsen) kan zo naar mogelijkheden worden gezocht om een gezondere werkomgeving te bewerkstelligen.
- 3.2 Werkgevers moeten in overleg met werknemers en overheid werkgelegenheid creëren en een personeelsbeleid ontwikkelen dat erop gericht is de arbeidsparticipatie van achterstandsgroepen extra te stimuleren. Dit heeft consequenties voor de productiviteit, waarbij rekening moet worden gehouden met de kostenontwikkeling.
- 3.3 Zorgverzekeraars dienen te bemiddelen bij het tot stand komen van een kwalitatief goede gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is zonder onderscheid naar sociaal-economische status. Het wettelijk kader dient de randvoorwaarden en normen te stellen die de gewenste extra aandacht voor achterstandsgroepen mogelijk maakt. Het is wenselijk om criteria voor goed verzekeraarschap te ontwikkelen, waarbij zaken als geografische spreiding, toeganke-

lijkheid en afstemming van zorgverlening relevant zijn voor de beoordeling van de vraag of op adequate wijze aan de wettelijke zorgplicht wordt voldaan.

3.4 Beroepsgroepen en instellingen in de zorg hebben een cruciale taak bij het tot stand brengen van een optimale kwaliteit van zorgvoorzieningen, zowel in preventieve als in curatieve zin, ongeacht sociaal-economische status van de patiënt/gebruiker.

- Concrete mogelijkheden daartoe bestaan vooral uit een doelgroepspecifieke benadering in onder andere de jeugdgezondheidszorg en de ouderenzorg, alsook in gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Groepen met een hoger risico krijgen daarbij extra aandacht via aan de doelgroep aangepaste methoden (door sociaal-geneeskundigen en gezondheidsvoorlichters, en gemeentelijke gezondheidsdiensten).
- Hulpverleners, onder wie huisartsen, leveren een specifieke bijdrage aan het terugdringen van SEGV via een alert reageren op gezondheidsklachten met een sociaal-economische oorzaak (arbeidsomstandigheden of werkloosheid, ongezonde leefgewoonten, huisvestingsproblemen, sociaal isolement, etc.). Coördinatie met andere partijen is hierbij geboden.
- Bij het effectief gebruik maken van beschikbare gezondheidszorg moeten huisartsen en andere hulpverleners een sleutelrol vervullen bij een doelmatige doorverwijzing en advisering. Extra aandacht voor de communicatie tussen hulpverlener en cliënt is daarbij gewenst.

3.5 Gemeentelijke gezondheidsdiensten hebben een vitale rol bij een integrale, wijkgerichte benadering van gezondheidsachterstand ten gevolge van sociaal-economische omstandigheden, waarbij in overleg met de lokale overheid en andere lokale organisaties gezondheidsproblemen kunnen worden benaderd in samenhang met problemen op het gebied van huisvesting, werkgelegenheid, leefgewoonten en milieu-hinder. Zij dienen daartoe ook materieel in staat gesteld te worden.

3.6 Patiënten en consumenten, en hun organisaties, zijn de eerst aangewezenen om door middel van alert reageren te wijzen op ongelijkheden in de toegankelijkheid of kwaliteit van de gezondheidszorg of in het effect van preventie-activiteiten. Waar nodig

leidt dit tot overleg met overheden (rijks- en gemeentelijke) en maatschappelijke organisaties.

- 3.7 Ten behoeve van het terugdringen van gezondheidsverschillen zal tevens een appèl gedaan moeten worden op onder meer gemeenten, scholen, crèches en arbeidsbemiddelingsorganisaties.
- 3.8 Op dezelfde wijze waarop het effect van beleidsbeslissingen op de volksgezondheid (en de verschillen daarin) moet worden geëxpliciteerd (zie slotalinea punt 2), dient dat ook te gebeuren ten aanzien van het gezondheidseffect van belangrijke maatschappelijke activiteiten.

7. LIJST VAN DEELNEMERS

Programma Commissie "Sociaal-economische gezondheidsverschillen"

Dr. L. Ginjaar (voorzitter Programma Commissie)

Voorzitter van de Gezondheidsraad

Postbus 90517

2509 LM Den Haag

Prof.dr.ir. D. Kromhout (vice-voorzitter)

Centrum voor Epidemiologie RIVM

Postbus 1

3720 BA Bilthoven

Prof.dr. P.J. van der Maas (secretaris)

Erasmus Universiteit Rotterdam

Inst. Maatschap. Gezondheidszorg

Postbus 1738

3000 DR Rotterdam

Drs. J.T.P. Bonte (plaatsvervanger van prof.dr. W. Begeer)

Centraal Bureau voor de Statistiek

Hoofd hoofdafdeling Gezondheidsstatistieken

Prinses Beatrixlaan 428

2270 AZ Voorburg

Dr. A.L. den Broeder

Dr. van der Knaaplaan 20

2283 CX Rijswijk

Dr. H. Garretsen

GGD Rotterdam

Postbus 70032

3000 LP Rotterdam

Prof.dr. L.J. Gunning-Schepers
Inst. voor Sociale Geneeskunde
Meibergdreef 15
1105 AZ Amsterdam

Dr. J.A.M. Hulshof
Ministerie van WVC, afd. STABO
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk

Prof.dr. C.K.F. Nieuwenburg
Oldenaller 7
1081 HJ Amsterdam

Dr. M. Mootz (plaatsvervangster van dr. A.J. van der Staay)
Sociaal en Cultureel Planbureau
Postbus 37
2280 AA Rijswijk

Onderzoekskoördinator .SEGV-onderzoeksprogramma
Dr. J.P. Mackenbach
Inst. Maatschap. Gezondheidszorg
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Namens de GGD-en van de vier grote steden

Drs. H.G.J. Nijhuis
Hoofd afdeling Gezondheidsbevordering
GGD Den Haag
Postbus 65783
2506 EB Den Haag

Dr. H. Rengelink
Directeur GG&GD Amsterdam
Postbus 20244
1000 HE Amsterdam

Prof.drs. E.W. Roscam Abbing
Directeur GGD Rotterdam
Postbus 70032
3000 LP Rotterdam

M. Vos, arts
Directeur GG&GD Utrecht
Postbus 2423
3500 GK Utrecht

Namens de werkgeversorganisaties

C. Landheer
Verbond van Nederlandse Ondernemingen
Sociale Zaken
Postbus 93093
2509 AB Den Haag

Mr. W.M.J.M. van Mierlo
Nederlands Christelijk Ondernemers Verbond
Treubstraat 25
2288 EH Rijswijk

Mr.drs. H.K. Klamer
Nederlands Christelijk Werkgeversverbond
Postbus 84100
2508 AC Den Haag

Namens de werknemersorganisaties

H. Muller
M. Bouwmans
Federatie Nederlandse Vakbeweging, federatiebestuurder
Postbus 8456
1005 GL Utrecht

Mr. A.J. de Geus
Christelijk Nationaal Vakverbond
Postbus 2475
3500 GL Utrecht

Namens de verzekeraars

Drs. D.E.M. Hehne
Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars
Pr. Bernardweg 65
3991 DE Houten

Drs. W.J.F.I. Nuijens
Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars
Beleidsadvisering en Onderzoek
Postbus 520
3700 AM Zeist

Namens de patiënten/consumentenorganisaties

F.E. van der Hoop
Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (Cliëntenbond)
Statenlaan 138
2572 FW Den Haag

Namens de artsenorganisaties

Dr. M. van Leeuwen
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst,
voorzitter
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Landelijke Huisartsen Vereniging
J.M.G. Lanphen, huisarts, bestuurslid
Postbus 20056
2302 LB Utrecht

E.I. Iwema Bakker, arts
Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen, voorzitter
Funke Kupperstraat 3
1068 KL Amsterdam

Namens adviesorganen

Mr.dr. T.A.M. Witteveen
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, algemeen secretaris
Postbus 7100
2701 AC Amsterdam

L. de Graaf
Ziekenfondsraad, voorzitter
Postbus 396
1180 BD Amstelveen

Drs. R. Zunderdorp, voorzitter Commissie Sociaal en Cultureel Beleid
Mr.ir. C.W. van Schouwenburg, adjunctsecretaris CSCB
Lange Voorhout 19
2514 EB Den Haag

Namens de politieke partijen

T. Netelenbos
Voorzitter Vaste Kamercommissie Volksgezondheid
Binnenhof 1a
2513 AA Den Haag

G.J.P. van Otterloo
Lid Tweede Kamer PvdA
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

M.Y.J.H. Vriens-Auerbach
Lid Tweede Kamer voor het CDA
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Drs. C. de Ceuninck van Capelle
Wetenschappelijk Bureau Groen Links
Postbus 700
1000 AS Amsterdam

Mr. A. Rouvoet
Directeur Marnix van St. Aldegonde Stichting
Wetenschappelijk studiecetrum van de RPF
Postbus 302
8070 AH Nunspeet

Drs. M. Köbben
Fractiemedewerker PvdA
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Drs. E.J. Mulock Houwer
Directeur-Generaal van de Arbeid
(of plv. drs. L. van Vliet)
Postbus 90801
2509 LV Den Haag

Ir. A.W.M. Balemans
Directeur Directie Gezondheid
Postbus 90801
2509 LV Den Haag

Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen

Drs. F.J. de Vijlder
Strategische Beleidsontwikkeling
Postbus 25000
2700 LZ Zoetermeer

Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer

Dr. R. Vos
Directie Bewonerszaken en Individuele Huursubsidie
Bewonerszaken, Woonruimte-zaken
Postbus 3001
2700 AK Zoetermeer

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Postbus 5406
2280 HK Rijswijk

Drs. H.J. Simons
Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
BCB 176

Prof.dr. B. Sangster
De Directeur-Generaal voor de Volksgezondheid
BCB 168

Drs. P.H.B. Pennekamp
Plaatsvervangend Directeur-Generaal Welzijn
BCB 644

Drs. R.L.J.M. Scheerder
Hoofddirecteur Gezondheidszorg
H 403

Dr. G.M. van Etten
Directeur Stafbureau Beleidsontwikkeling
BCB 313

Drs. H.J. Smid
Directie Preventie, Epidemiologie en Patiëntenbeleid
Hoofd Hoofdafdeling Gezondheidsbevordering en Ziektenbestrijding
H 514

Drs. E.A. Bolhuis
Directie Financieel Beleid en Planning
Hoofd Hoofdafdeling Algemeen Financieel Beleid
B 402

Dr. E. Dekker
Hoofd sectie Gezondheidsbeleid
Stafbureau Beleidsontwikkeling
BCB 376

A. Sonneveldt
Bureau Secretaris Generaal
B 103

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Postbus 20004

2500 EA Den Haag

Prof.dr. F.W. Rutten, voorzitter

Prof.dr. B.M.S. van Praag, lid

Mr. J.C.F. Bletz

Drs. J.C. Huisman

Conferentie secretariaat

A.M.C. Alkemade

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

M.C. Bruijninx en H. Jans de Haan

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

drs. S. van der Veen (verslaglegging)

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid