

Van focus op ziekte naar focus op gezondheid

Advies over de noodzakelijke transitie
naar gezondheidsbevordering

Inhoudsopgave

Aanleiding	4
1. Structurele knelpunten	5
Gezondheidsbevordering is onvoldoende belegd in de verschillende zorgwetten en teveel gefragmenteerd	6
a. Prikkels in bekostiging veranderen	7
b. Organisatie van de zorg en publieke gezondheid herinrichten	7
c. Omgeving en aanbod reguleren en waar nodig wettelijke maatregelen en regelgeving	7
2. Gewenste veranderingen	7
Regionaal arrangement met integraal budget voor gezondheidsbevordering	8
3. Voorstel	8
JGZ	9
Landelijk kader	10
Randvoorwaarden	11
Drijvende kracht in de regio	11
Landelijk toezicht en facilitering	12
Regiocongruentie en governance-afspraken	12
Beleggen van gezondheidsbevordering in de wettelijke kaders	12
Vaste plek voor gezondheidsbevordering in curriculum van opleidingen zorg en sociaal domein	12
Regionale adviseur en autoriteit	13
Data en kennis publiek bundelen met regiobeeld	13
4. Mogelijkheden GGD	13
Drijvende kracht: coördinatie en kennis delen inde regio	14
Tot slot	14

Aanleiding

De stijgende zorgkosten, de toenemende vergrijzing en de oplopende arbeidstekorten in de zorg vragen om een fundamentele transitie in zowel de curatieve en langdurige zorg als het sociaal domein. In ons zorgstelsel ligt de focus vrijwel uitsluitend op behandeling bij ziekte. De zorgvraag neemt toe, vooral door de toename van het aantal chronisch zieken in combinatie met de vergrijzing. Dit zet ons zorgstelsel danig onder druk. De zorgkosten zijn de laatste 15 jaar gestegen van € 65 miljard naar € 95 miljard en zullen blijven stijgen indien het beroep op de curatieve zorg niet wordt teruggedrongen, terwijl de kosten van preventie/ gezondheidsbevordering nagenoeg gelijk zijn gebleven (minder dan 1 miljard). Onze stelling is dat een **paradigmaverschuiving** nodig is. Door veel partijen wordt inmiddels erkend dat we preventiever moeten gaan werken, maar ons zorgstelsel is daar niet op ingericht. Het blijft dweilen met de kraan open: een gezonde omgeving is een noodzakelijke voorwaarde voor gezond gedrag, terwijl ook het zorgstelsel ten principale op dat gezonde gedrag zou moeten aangrijpen. In deze tijd van maatregelen tegen het coronavirus zijn we ons dat meer dan ooit bewust.

Gezondheid en veiligheid zijn voor de mens een groot goed. Zij behoren tot de meest basale levensbehoeften. Het zijn dan ook de belangrijkste kerntaken van de overheid, met de grootste uitgavenposten. Hoewel het verschillende maatschappelijke velden zijn, met eigen wettelijke stelsels, zijn er belangrijke raakvlakken waarop publieke organisaties voor gezondheid en veiligheid met elkaar moeten samenwerken. In 2014 is in een door de vereniging GGD GHOR NL vastgestelde visie 'Publieke gezondheid en Veiligheid geborgd' uiteengezet welke uitdagingen op het raakvlak van gezondheid en veiligheid de komende jaren op de Nederlandse samenleving afkomen en hoe de Directeur Publieke Gezondheid kan helpen deze aan te gaan¹.

Het Ministerie van VWS heeft eind 2019 de discussienota Zorg voor de Toekomst uitgebracht. Deze gaat over de voorstellen om de toekomstbestendigheid van de gezondheidszorg te waarborgen. Wij pleiten ervoor dat er meer focus gelegd wordt op samenwerking in de regio met publieke gezondheid als onderliggende basis.

In de publieke gezondheid zijn naast bevordering ook bescherming en bewaking belangrijke onderdelen. Deze zijn wettelijk en organisatorisch al geregeld; daarom richten we ons in deze notitie op preventie en gezondheidsbevordering.

In deze notitie gaan we in op hoe een fundamentele verschuiving van zorg naar gezondheid tot stand kan komen, met als uitkomst meer gezonde jaren en minder gezondheidsachterstanden. Deze verschuiving zal leiden tot meer participatie en verminderen en/of vertragen van de zorgvraag om overbelasting van de cure en care te voorkomen.

We adresseren (1) structurele knelpunten die dit nu verhinderen, (2) gewenste veranderingen, (3) de oplossing die wij voorstaan met randvoorwaarden en (4) mogelijke rol van de GGD hierin.

Dit laatste deel gaat in op de rol van de publieke dienst in de bestrijding van gezondheidsbedreigingen. Dit belang is in de coronacrisis heel zichtbaar; voor de infectieziektebestrijding is het stelsel goed ingericht met een heldere taak- en rolverdeling en onderlinge samenwerking tussen Ode, 1ste en 2de lijn. Een dergelijke structuur is ook noodzakelijk om bij leefstijlgebonden gezondheidsbedreigingen substantiële veranderingen tot stand te brengen.

¹ visie 'Publieke gezondheid en Veiligheid geborgd'

1. Structurele knelpunten

Financieringsprikkel op ziekte in plaats van gezondheid in een gefragmenteerd zorgstelsel

De schotten tussen de verschillende financieringsstromen voor gezondheidsbevordering vormen een grote belemmering voor een effectief preventiebeleid dat ten goede komt aan alle, en zeker de meest kwetsbare Nederlanders. De meeste interventies op het gebied van gezondheidsbevordering en -bescherming vallen buiten de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz) en zelfs buiten de zorg, zie figuur 1. Universele en selectieve preventie zijn nu geen (verzekerd) recht en afhankelijk van subsidies en begrotingen van overheden en zorgverzekeraars. Met name op het terrein van preventie/gezondheidsbevordering is er onvoldoende regie c.q. ontbreekt een autoriteit die de vinger aan de pols houdt op de uitvoering en de effecten van beleid. Het gaat er enerzijds om dat preventie in het zorgstelsel meer structureel belegd wordt en erkend wordt als een belangrijke bouwsteen in het zorgstelsel en anderzijds dat de samenhang met de aanpak van achterliggende problematiek van gezondheid wordt versterkt.

De uitvoering van preventie/gezondheidsbevordering is nu vaak in tijd en omvang beperkt, er is geen heldere set aan indicatoren. Er is weinig verbinding tussen wat er in de 'sprekkamer' gebeurt en wat in de leefwereld (de fysieke en sociale omgeving) gebeurt. De samenwerking tussen de verschillende zorgdomeinen is fragmentarisch. Het ontbreken van structurele financiering van preventie is een belangrijk knelpunt. Slechts een klein deel is in de verzekering geregeld, het overige is projectmatig, concurrentieel (wat samenwerking juist moeilijk maakt) en in omvang beperkt. Kort door de bocht: het eigenaarschap van preventie is al langjarig vacant.

Gemeenten en zorgverzekeraars kijken bij het investeren in preventie naar de verhouding tussen eigen kosten en baten. Veel investeringen in preventie vallen af doordat er sprake is van een disbalans tussen de eigen kosten en de eigen baten voor de partij die overweegt te investeren in preventie (*wrong pocket problem*). De schotten zijn hinderend in het creëren van *shared savings*. De baten worden pas evident als er op een

gestructureerde wijze en op langere termijn in preventie wordt geïnvesteerd. Gezondheidsbevordering/preventie is een marathon.

De bekostigingssystemen in de zorg kennen verkeerde prikkels. Zorgaanbieders worden vrijwel volledig op basis van productie betaald. Met een productiegerichte bekostiging hebben aanbieders een negatieve financiële prikkel om in te zetten op preventie. Ziekte loont, gezondheid niet.

De gezondheidsachterstanden nemen toe

De gezondheidsachterstanden in Nederland nemen toe. De impact hiervan is groot, op individuen en op de samenleving als geheel. Ze vormen een bedreiging voor de maatschappelijke cohesie, de kwaliteit van leven en vormen een economische schadepost. Als je iedereen gelijke kansen wil geven, moet je mensen ongelijk benaderen.

Leefstijl en tijdig gebruik van zorg zijn vaak niet een kwestie van willen, maar van kunnen veranderen en hangen sterk samen met sociale en fysieke omstandigheden. Deze omstandigheden beïnvloeden de mogelijkheden van mensen en de keuzes die mensen maken als het gaat om leefstijl, de toegang tot gezondheidsinformatie en de kwaliteit van zorg, preventie en andere voorzieningen. Mensen willen veelal wel gezonder leven, getuige de vele diëten en pogingen om te stoppen met roken. Echter, blijvend gedrag veranderen is moeilijk als er verleidingen zijn of urgentere problemen.

Er zijn veel verleidingen doordat de maatschappij c.q. de politiek ongezond gedrag primair als een persoonlijke verantwoordelijkheid van de burger ziet. Zo is er veel meer aanbod van ongezond en bewerkt voedsel dan van gezond voedsel, is gezond voedsel relatief duurder, wordt er veel reclame gemaakt voor ongezond voedsel en worden ongezonde producten zoals suiker niet belast. Het is belangrijk om de fysieke en sociale omgeving structureel gezonder en meer bijdragend aan gezondheid te maken.

Armoedeproblematiek hindert in de toegang tot zorg en preventie. Bestaansonzekerheid leidt tot stress, waardoor de keuzemogelijkheden van mensen worden

ingeperkt en mensen met urgente problemen vaker blijven hangen in ongezond gedrag. Vice versa vergroot een matige gezondheid de kans op verminderde zelfredzaamheid en mogelijkheden tot participatie, stress door financiële problemen en meer eenzaamheid. Deze complexe samenhang maakt dat er integraal beleidskeuzes gemaakt moeten worden om alle knoppen richting gezondheidsbevordering te krijgen: de fysieke omgeving, de sociale situatie en de zorg zijn alle van groot belang. Een land als IJsland heeft dat eerder met succes gedaan.

Hier en daar ontstaan nieuwe integrale programma's gericht op gezondheidsbevordering zoals Kansrijke Start, maar deze zijn nog niet duurzaam ingebed in het stelsel. Het vraagt om lokale stimuleringsmiddelen waarbij ook zorgverzekeraars worden betrokken. Momenteel ontbreken structurele bekostigingstitels voor integrale zorgprogramma's met een preventief oogmerk.

Gezondheidsbevordering is onvoldoende belegd in de verschillende zorgwetten en teveel gefragmenteerd

WMO, Jeugdwet, Zvw en Wlz hebben alle ook een preventie-ambitie, die echter niet structureel in de bekostigingstitels van deze wetten is doorgevoerd. De opdeling van taken over verschillende wetten zorgt voor een fragmentatie van preventie: de ene wet regelt de toegang voor een bepaald aanbod, bv. diëtetiek via de Zvw, waardoor dat aanbod via een andere wet, bv. Wpg, niet meer (financieel) toegankelijk is. De Wpg is een kaderstellende wet voor onder meer gezondheidsbevordering en biedt in de huidige versie ruimte voor lokaal maatwerk. Voor de Wpg bestaan, in tegenstelling tot de Zvw en Wlz, geen landelijk vastgestelde bekostigingstitels. Het verschilt per gemeente in welke mate wordt geïnvesteerd in preventie. Elke gemeente stelt eigen regels vast met betrekking tot de voorwaarden voor en manier van betalen van preventie, zorg, ondersteuning en jeugdhulp. Zolang de taken m.b.t. gezondheidsbevordering maar beperkt zijn omschreven in de Wpg of andere wetten, is het investeren hierin vrijblijvend. Met de

oplopende kosten voor (curatieve) jeugdzorg zien we dat veel gemeenten bezuinigen op de GGD-taken.

De Participatiewet biedt gemeenten ruimte voor preventief beleid om de arbeidsparticipatie te vergroten. De nieuwe Omgevingswet geeft de gemeenten, provincies en rijk straks de mogelijkheid om gezondheid te laten meewegen in de inrichting van de fysieke leefomgeving. Daarmee is gezondheid onderdeel van de afweging van belangen, maar de keuze blijft lastig want ruimtelijk beleid dat gezondheid voorop stelt, zal beperkingen opleggen aan ondernemers.

2. Gewenste veranderingen

Eind 2018 heeft een groot aantal partijen binnen en buiten de zorg geconstateerd dat er grote knelpunten zijn in ons zorgstelsel en dat de grootste bedreigingen voor de volksgezondheid (roken, overgewicht en alcohol) gezamenlijk aangepakt moeten worden. Met het Nationaal Preventieakkoord is een belangrijke stap gezet in het stellen van doelen op deze leefstijlthema's. Dat leidt al tot concrete veranderingen: gemeenten zetten in op rookvrije omgeving, academische ziekenhuizen hebben preventie benoemd als prioriteit en VNO-NCW stimuleert vitale bedrijven om preventie op de werkvloer te versterken.

Maar er is meer nodig om gezondheidsbevordering te realiseren, de achterliggende problemen aan te pakken en sociaaleconomische gezondheids-verschillen te verkleinen. Hierbij zijn er drie essentiële veranderingen nodig:

- a. Prikkels in de bekostiging veranderen
- b. Organisatie van de zorg en publieke gezondheid herinrichten
- c. Omgeving en aanbod reguleren en waar nodig wettelijke maatregelen en andere regelgeving

a. Prikkels in bekostiging veranderen

Het is zaak om een structuur voor gezondheidsbevordering te ontwikkelen die loont. Gezondheidsbevordering is een maatschappelijke opgave die breed gevoeld wordt, maar vraagt om een structurele inbedding. Het is nodig om een andere manier van bekostiging te ontwikkelen, zonder daarbij een volumeprikkel te creëren. Mogelijkheden zijn om middelen te verdelen op basis van (verwachte en behaalde) uitkomsten, van samenwerkingen of van behaalde besparingen. Waarschijnlijk is een mix van middelen nodig om de prikkels van organisaties en professionals te kantelen richting gezondheidsbevordering. In enkele regio's wordt al met dergelijke prikkels geëxperimenteerd, maar nog niet substantieel en structureel. De bekostiging zal in elk geval moeten zorgen dat integrale samenwerking loont, dat minder gerekend wordt met productieaantallen en meer met gezondheidsmaten, waarvoor een (dwingend) landelijk kader wordt opgesteld. Daarbij past dat de bekostiging van preventie

en gezondheidsbevordering structureel geregeld wordt, zodat de organisaties een lange termijn perspectief aan kunnen gaan. Juist dat perspectief is nodig om tot gezondheidseffecten te komen die zo robuust zijn dat ze leiden tot minder zorg en meer gezondheidsbevordering en participatie. Transparantie over de afspraken, middelen en behaalde resultaten is daarbij noodzakelijk.

b. Organisatie van de zorg en publieke gezondheid herinrichten

Preventie moet in het brede zorgstelsel meer structureel belegd worden en erkend worden als een belangrijke bouwsteen (de brede zorgketen bestaat uit: gezondheid – preventie - vroegsignalering – zorg - nazorg). Het bevorderen van gezondheid en het verminderen van gezondheidsachterstanden vraagt om een gezamenlijke sturing vanuit de zorg en het sociaal domein. Hierbij gaat het om een multi-level infrastructuur waarbij een wisselwerking ontstaat tussen het landelijk en regionaal organiseren en lokaal uitvoeren. Zo is het belangrijk om dicht bij de doelgroep te zijn om wie het gaat, lokaal of op wijkniveau. Die uitvoering moet passen in en rekening houden met regionale kenmerken waarvoor een regionale organisatie nodig is. Daarnaast is het belangrijk om landelijk kennis te delen om werkzame aanpakken snel te kunnen verspreiden. Hierbij is er een drijvende kracht nodig om te komen tot op gezondheidsdata gebaseerde, gedeelde, concrete en afrekenbare doelen, tot onderling vertrouwen in elkaars kennis en kunde en tot transparante uitvoeringsafspraken. Een goede multi-level infrastructuur, met verantwoordelijke bestuurders en deskundige professionals, maakt het mogelijk om die gezamenlijke aanpak voor gezondheidsbevordering te realiseren. Samen leren en ontwikkelen is hierin essentieel om te komen tot een substantiële transformatie.

c. Omgeving en aanbod reguleren en waar nodig wettelijke maatregelen en regelgeving

Er is veel gezondheidspotentieel te realiseren buiten de (publieke) gezondheidszorg. Dit vraagt om beleidsregulering van deze sectoren, het zogeheten *health in all policies* beleid, met waar nodig landelijke regel-

3. Voorstel

geving om dit voldoende basis te geven om regionaal tot uitvoering te komen. Het reguleren van het aanbod en inrichting van de fysieke omgeving is een ontwikkeling die noodzakelijk is om het effect van het inzetten op gezondheidsbevordering te verstevigen.

Het inlopen van gezondheidsachterstanden vraagt een systematische aanpak omdat een groot deel van de oorzaken van deze achterstanden buiten de zorg ligt en niet met leefstijlinterventies is te beïnvloeden.

Dit vraagt lokaal en regionaal om het versterken van de sociale basis en participatie plus het inrichten van de fysieke leefomgeving zodanig dat dit gezond gedrag stimuleert. Dat kan worden gedaan door gezondheidsdoelen in te bedden in bestemmings- en omgevingsplannen.

Gezondheidsbevordering is daarnaast te stimuleren door landelijke prijsmaatregelen, verminderen verkooppunten en verbod op reclame en regulering van ongezond voedsel.

Hieronder werken we een oplossing uit die een krachtige bijdrage kan leveren aan de noodzakelijke veranderingen. We focussen ons op een steviger basis voor preventie/gezondheidsbevordering met de Wpg als basis. Parallel daaraan zou ook moeten worden gekeken naar de afstemming/samenhang met de andere zorgwetten c.q. bekostigingssystemen.

Regionaal arrangement met integraal budget voor gezondheidsbevordering

Gezondheid wordt niet enkel vanuit het zorgdomein in engere zin (Zww, Wlz, Wpg) beïnvloed, maar ook vanuit het sociale domein (Jeugdwet, Wmo en Participatiewet) en het fysieke domein (Omgevingswet). Deze belendende domeinen zijn belangrijk voor het creëren van goede omstandigheden voor het bevorderen van gezondheid. Zo vraagt gezondheidsbevordering om een intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders, welzijnsaanbieders, gemeenten, GGD'en, maar ligt er op dat vlak ook een rol voor woningcorporaties, scholen, onderwijsinstellingen, zelforganisaties, informele netwerken en het bedrijfsleven. Met het opstellen van lokale en regionale preventie- en gezondheidsakkoorden worden inmiddels voorzichtige eerste stappen gezet. In het Nationaal Preventieakkoord zijn stevige lange termijn doelen gesteld die sturend kunnen zijn voor deelnemende partijen. Door in de bekostigingssystemen te sturen op deze gezondheidsdoelen in plaats van, of naast, op behandel- en productiedoelen, veranderen de prikkels voor zorgaanbieders, -financiers en gemeenten naar **outcome-doelen**. Omdat de mogelijkheden en problemen regionaal verschillen, vraagt dit een vertaling van de landelijke doelen in **niet-vrijblijvende regionale arrangementen**.

Binnen een regio moet bij voorkeur worden ingezet op een arrangement met daarin de volgende taken:

1. Motiveren tot een integrale aanpak
2. Regie voor samenhang binnen en tussen sectoren
3. Stand van zaken en doelen bepalen op basis van onderzoek en data
4. Planning en toedeling van taken en middelen
5. Uitvoering in gang zetten en daarin multidisciplinair werken stimuleren
6. Evalueren
7. Bestuurlijk commitment verstevigen
8. Samenwerking versterken

Deze regionale arrangementen komen voor integrale bekostiging in aanmerking als binnen een samenwerking met betrokken partners gezamenlijk inhoudelijke en meetbare doelen, met *intermediate outcome* indicatoren, geformuleerd worden op het gebied van gezondheidsbevordering. Voor deze aanpak worden structurele middelen ter beschikking gesteld door de rijksoverheid. Deze budgetten worden idealiter belegd bij regionale organen van samenwerkende gemeenten, die zich laten adviseren door een raad die bestaat uit belanghebbende partijen zoals zorgverzekeraars, GGD'en, zorg- en welzijnsaanbieders, werkbedrijven, onderwijs, woningbouwcorporaties, ondernemersvereniging etc. Gezamenlijk zetten de deelnemende partijen structurele initiatieven en interventies op voor de brede populatie (universeel) en risicogroepen (selectief), waarin gezondheidsbevordering, zorg en

welzijn – maar ook leefomgeving en participatie in onderwijs en werk – samenkomen. Op deze manier kan er gezamenlijk worden gestuurd op de inhoudelijk vastgestelde doelstellingen, gebaseerd op democratische legitimering.

Deze regionale arrangementen, waarin partijen samenwerken met dezelfde doelen, creëren mogelijkheden om de gezondheid van de populatie te verbeteren, de verbinding tussen de 0^{de}, 1^{ste} en 2^{de} lijn te versterken en om de groei in (zorg)uitgaven te beheersen. In deze arrangementen kan men tot een meerjarenplan komen voor het bevorderen van gezondheid in de regio, met specifieke aandacht voor gezondheidsverschillen. De JGZ is ten dele al op deze manier georganiseerd, zie kader hieronder.

JGZ

Voor kinderen hebben we de publieke gezondheidszorg en collectieve preventie goed georganiseerd: in de eerste fasen komen ouders en kind naar het consultatiebureau voor voorlichting, preventie van hoogrisico-ziektes, vroegsignalering en waar nodig aanvullende hulp of doorverwijzing. In het Basispakket JGZ is vastgelegd wat er aangeboden wordt per jeugdige, waarbij de zwaarte van de zorg wordt bepaald op basis van een risico-inschatting. Daarnaast wordt om het kind heen ook de leefomgeving zo gezond mogelijk gemaakt: we werken aan Gezonde scholen, zien toe op de kwaliteit van kinderopvang, hanteren leeftijdsgrenzen voor ongezonde producten zoals tabak en proberen nu ook een nieuwe generatie rookvrij op te laten groeien.

Deze aanpak is gelaagd vormgegeven: landelijk wordt het vaccinatieprogramma en het Basispakket vastgesteld. Regionaal worden afspraken gemaakt over uitvoering van de meeste programma's en aanvullend, buiten het Basispakket en o.a. in de Jeugdwet, vindt maatwerk plaats voor gezinnen met verhoogde kwetsbaarheid, zoals M@ZL en opvoedcursussen. Dit maatwerk kan lokaal verschillen. Het kan wenselijk zijn dat gemeenten naast een uniform Basispakket JGZ een uniform "Kwetsbarenpakket" hanteren. Voorzorg wordt bijvoorbeeld door 160 gemeenten ingekocht. Woon je net buiten de gemeentegrens, dan heb je als alleenstaande jonge moeder pech en heeft je kind geen recht op de ondersteuning die enkele kilometers verderop wel geldt. Dit kan helpen in het bereiken gelijke ontwikkelkansen voor elk kind.

Alle kinderen zijn kwetsbaar – ze kunnen immers zelf nog niet kiezen en besluiten nemen. Voor andere zaken dan de JGZ gaan we ervan uit dat ouders/volwassenen de hun gezondheid zelf regelen c.q. op tijd naar de huisarts of bedrijfsarts gaan en tijdig hun gedrag aanpassen als dat voor hun gezondheid nodig is. Maar het is de vraag of er wel verstandige keuzes te maken zijn in een omgeving die op grote schaal is ingericht ons te verleiden tot ongezond gedrag.

Landelijk kader

De inhoudelijke doelstellingen van de regionale arrangementen kunnen aansluiten bij de doelen van het Nationaal Preventieakkoord (NPA) en nader worden ingevuld met aandachtspunten voor de regio, m.n. op het terrein van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De doorrekening van het RIVM gaf aan dat de afspraken van het NPA nog onvoldoende effect zullen bewerkstelligen om deze doelen te bereiken. De regionale arrangementen kunnen verder gaan dan de afspraken van het NPA. Deze doorvertaling kan gezien worden als een grootschaligere, verdergaande en structurelere aanpak dan het 'Gezond In De Stad' programma en het loslaten van de vrijblijvendheid. De preventie- en gezondheidsakkoorden vormen een opstap naar dergelijke samenwerkingen, met een landelijk kader waaraan de doelstellingen en daarmee regionale arrangementen in ieder geval moeten voldoen. Een **landelijk kader** geeft richting aan de inhoudelijke doelen, de positionering van het regionaal arrangement en de financiering ervan. De regionale arrangementen moeten afspraken maken over een

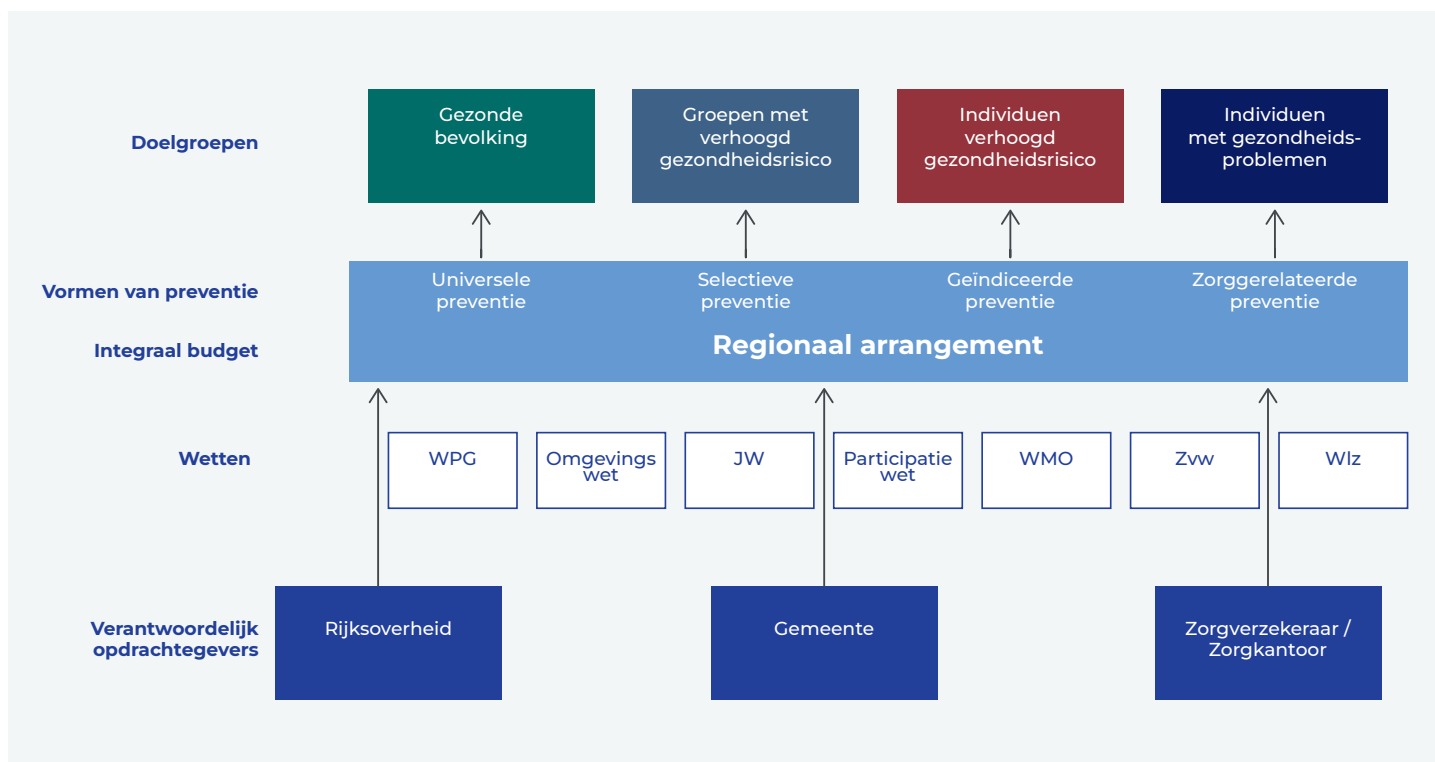
aantal zaken die worden vastgelegd in een landelijk kader. In het kader komen ons inziens aan de orde:

- De inrichting en taken van de regio's, en de relatie landelijke/regionale/lokale taken;
- Over welke onderwerpen afspraken moeten worden gemaakt;
- Welke organisaties onderling moeten samenwerken;
- Welke voorwaarden er gesteld worden aan de regio's om toegang tot gezondheidsbevordering te regelen, zodat helder is voor inwoners en organisaties wat de partijen mag worden verwacht;
- Hoe in de regio's gewerkt wordt aan het inlopen van gezondheidsachterstanden;
- Hoe informatie en data worden gedeeld en benut om tot verbeteringen te leiden.

De uitwerking in de regio's van dit landelijk kader is van invloed op de mate waarin de regio's financiering ervoor verkrijgen. Nadere invulling van het landelijke kader vraagt om afstemming tussen de betrokken partijen.

Randvoorwaarden

Structurele financiering per regio voor gezondheidsbevordering



Schematische weergave van het regionaal arrangement t.o.v. verantwoordelijke opdrachtgevers, wetten en doelgroepen. Voor de leesbaarheid van dit figuur zijn de lijnen tussen de opdrachtgevers en wetten niet weergegeven.

Een regionaal arrangement vraagt om structurele bekostiging per regio, evt. aangevuld met budgetten van de opdrachtgevers. Het is essentieel om het (gezondheidszorg)stelsel 'naar de voorkant' te kantelen. Tegelijkertijd is het belangrijk om te realiseren dat er fricties ontstaan door verschuiving van het zwaartepunt naar de voorkant. Kosten voor acute problematiek gaan door en er komen tijdelijk extra kosten door meer in te zetten op de voorkant en het nog niet kunnen afbouwen aan de achterkant van de zorg. Daarom is het noodzakelijk dat er voldoende budget wordt vrijgemaakt om dit tijdelijke kostenverhogende effect op te vangen. Momenteel zijn binnen gemeenten – en dus ook GGD'en – deze budgetten niet aanwezig. Om zware zorg te vervangen door versterkte inzet op gezondheidsbevordering is een geleidelijke verschuiving

nodig over meerdere jaren van budget vanuit de Zw en Wlz. Voorkomen moet worden dat de noodzakelijke versterking van de voorkant een tijdelijke karakter krijgt. Dit vraagt om een structurele aanpak en bekostiging over een langere termijn van 10-15 jaar.

Drijvende kracht in de regio

Om deze kanteling krachtig in te zetten is structurele coördinatie in de regio's nodig. Het is essentieel dat de samenwerking is gebaseerd op gedeelde inzichten en gezamenlijke ambitie, waarbij de coördinerende partij krachtig verbinding weet te leggen tussen publieke gezondheid, zorg, sociaal en fysiek domein. De regionale arrangementen vragen het betrekken van de 0^{de}, 1^{ste} en 2^{de} lijn.

Onmisbaar is goede monitoring per regio van de voortgang op het behalen van de inhoudelijke doelstellingen middels een gedegen data- en onderzoeksinfrastructuur. Door concrete en meetbare doelen te stellen, die aansluiten bij de regiobeelden, kan er gemonitord worden met de juiste data of de doelstellingen worden behaald en kan hier beter op worden gestuurd. Dit vraagt een professionalisering van de data-infrastructuur. Het landelijk ontwikkelen van de juiste infrastructuur die data uit zorg, sociaal en fysiek domein bij elkaar brengt vormt hierin een goede basis om regionaal invulling te geven in het regionaal arrangement.

Landelijk toezicht en facilitering

De regionale coördinator moet hierin worden ondersteund door een landelijke autoriteit. Deze autoriteit volgt of de regionale partijen gezamenlijk komen tot de gewenste slagkracht en doelmatigheid. Die autoriteit kan ook de samenwerking stimuleren, zoals de NZa dit nu doet voor de zorg, door het mogelijk maken van bepaalde routes en financiële arrangementen.

Regiocongruentie en governance-afspraken

In de organisatie van de zorg komt de nadruk geleidelijk meer op regio's te liggen. Hierin ligt een uitdaging voor zowel de 32 zorgkantoren als de 25 GGD'en. De regio-indelingen van beide organisaties zijn voor 87% congruent. We pleiten ervoor om het zwaartepunt bij het openbaar bestuur te leggen en te kiezen voor de regio-indeling waarin de lokale democratie het meest geborgd is. De GGD-regio is bestuurlijk in de vorm van een gemeenschappelijke regeling georganiseerd, aangestuurd door de lokale overheden. Elke regionale organisatie staat op enige afstand van de kiezer – dat vraagt benutting van het democratisch instrumentarium van de WGR en een zo transparant mogelijk wijze van beleidsafspraken.

Beleggen van gezondheidsbevordering in de wettelijke kaders

De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor gezondheidsbevordering is niet wettelijk belegd. Er is momenteel veel beleidsvrijheid voor gemeenten op het terrein van preventie en er zijn weinig kaders voor op dit terrein

voor de GGD'en. Een **basistakenpakket gezondheidsbevordering**, (wettelijk belegd, bijvoorbeeld in de WPG) is ondersteunend aan een sterkere en uniforme inzet op gezondheidsbevordering.

Vaste plek voor gezondheidsbevordering in curriculum van opleidingen zorg en sociaal domein

Zorgverleners worden opgeleid om ziekte te herkennen bij de individuele patiënt. Publieke gezondheid heeft maar een beperkte plek in de zorgopleidingen, waardoor preventie beperkt in de eigen taakopvatting zit van artsen en andere zorgprofessionals. Meer aandacht voor publieke gezondheid en gezondheidsbevordering in opleidingen geneeskunde, opleidingen voor verpleegkundigen, paramedici, specialisaties, maar ook voor sociale hulpverleners en het onderwijs zal leiden tot meer bewustzijn en handelen in de lijn van gezondheidsbevordering, met oog voor het belang van sociale en fysieke leefomstandigheden. Momenteel is de financiering alleen voor de arts Maatschappij & Gezondheid geregeld en is er geen budget voor een postacademische opleiding waarin (andere) zorgverleners zich kunnen specialiseren in de publieke gezondheid en gezondheidsbevordering.

4. Mogelijkheden GGD

Regionale adviseur en autoriteit

Nederland heeft een uniek systeem van medebewind voor de publieke gezondheid. Het Rijk, met het RIVM als adviseur en autoriteit, zorgt voor landelijk kader en programma's en de gemeenten, met de GGD'en, voor de regionale uitvoering. Wettelijk is echter niet geregeld dat gezondheidsbevordering een kerntaak van de GGD is. De vier beschreven PG-pijlers uit 2014 – (1) monitoring, signalering, advisering, (2) gezondheidsbescherming, (3) crisisbeheersing en (4) toezicht – moeten nadrukkelijker ook gezondheidsbevordering omvatten. Daarmee wordt een wettelijke basis gelegd om voor gezondheidsbevordering en preventie van niet-overdraagbare ziekten de GGD een meer gelijkvormige invulling te geven. Dit kan de GGD versterken in het functioneren als regionale autoriteit op gezondheidsbevordering.

De GGD'en zijn gemeenschappelijke regelingen en daarmee publieke organen. Hun taak om de regionale arrangementen uit te voeren zou met een landelijk kader moeten worden versterkt met kwaliteitseisen aan wat een regio moet doen. Daarmee wordt een landelijke gemeenschappelijke basis gelegd onder de regionale en gemeentelijke aansturing, waarbinnen de GGD als autonoom adviseur en uitvoerder kan functioneren. Vanuit de positie van de GGD kan in samenwerking met de gemeenten aangestuurd worden op meer verbinding tussen de verschillende onderdelen van het Nationaal Preventieakkoord.

We geven op deze plek nog enkele voorbeelden van veelbelovende/succesvolle programma's die in lijn liggen met de ambities die wij in dit stuk hebben neergelegd:

- Aanpak overgewicht bij kinderen Amsterdam
- De gezonde basisschool van de toekomst regio Zuid-Limburg
- Trendbreuk Zuid-Limburg

Deze en andere programma's kenmerken zich door concrete doelen op het gebied van gezondheidsbevordering, die multi-sectoraal over een langere termijn worden uitgevoerd, ondersteund door effectonderzoek.

Data en kennis publiek bundelen met regiobeeld

De GGD'en verrichten in de huidige situatie epidemiologisch onderzoek met bijbehorende data-analyse voor o.a. de gezondheidsmonitor die elke vier jaar wordt uitgevoerd. Dataveiligheid is van groot belang en daarom wenselijk om dit in het publieke stelsel te organiseren. Om de vele kansen die er met goede data-analyse mogelijk zijn te benutten is een goede data-infrastructuur belangrijk. Een dergelijke infrastructuur opzetten vraagt om een intensievere samenwerking van GGD'en met academische centra en zorgverzekeraars om de data breder te kunnen gebruiken voor beslisondersteuning en onderzoek. De Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid kunnen zich hierin verder ontwikkelen met een stevigere rol binnen de academische centra, waarbij zij verbinding kunnen leggen met het plan van 'Onderzoek & Innovatie met en voor de gezonde regio'. Binnen de regionale arrangementen kunnen de GGD'en met een uitgebreide data-infrastructuur de doelstellingen in de regio's monitoren. Hierbij is het belangrijk dat de rijksoverheid ruimte creëert voor het koppelen van data tussen o.a. zorg en sociaal domein.

Mogelijk is organisatie op een bovenregionale schaal noodzakelijk om dergelijke deskundigheid op het gebruiken van data beter te kunnen vormgeven. De grotere schaal heeft als doel om de kennis van onderop makkelijker te kunnen delen en vergelijken met andere regio's en expertise meer te bundelen.

Er liggen ook kansen om landelijk af te spreken welke interventies erkend zijn, o.a. op het gebied van eHealth. Dit vereist een moderniseringsslag van de GGD'en om eHealth meer in te zetten op dit terrein. Met het deskundiger inzetten en gebruikmaken kan qua bereik en impact worden opgeschaald, wat nodig is om de gewenste effecten op volksgezondheid te bereiken. Het is een uitdaging om deze innovaties en verdergaande digitalisering voor iedereen toegankelijk en effectief te laten zijn.

Dit kan de standaardisatie van preventieaanpak versterken, waarbij wel ruimte blijft voor regionale accenten. Het RIVM en GGD'en zullen meer focus moeten leggen op het invoeren van erkende interventies.

Waar hiervan afgeweken wordt is het belangrijk om goed te monitoren en onderzoeken wat nieuwe interventies voor effect hebben.

Drijvende kracht: coördinatie en kennis delen in de regio

De GGD kan de verbinding tussen zorg, welzijn en omgeving bevorderen. Binnen het regionale arrangement kan de GGD benoemen welke hulp risicogroepen nodig hebben, of dit binnen het sociaal of zorgdomein valt en welke omgevingsmaatregelen effectief zijn. Dit vraagt om het verstevigen van die preventieve infrastructuur, waarbij de GGD bekend is met de sociale kaart, bestaande (zorg)netwerken en financieringsmogelijkheden. Als de GGD dit bewerkstelligt, kunnen 1ste en 2de lijn ook doorgeleiden naar de GGD als het gaat om gezondheidsbevordering bij risicogroepen (zoals dit nu ook gebeurt bij infectieziektebestrijding). De GGD kan de kennis en kunde in de regio versterken door informatie te delen en gezamenlijk te scholen. Het vraagt een brede blik en aandacht voor sociaaleconomische omstandigheden om de gezondheidsverschillen integraal aan te pakken en hier meer impact te hebben.

Tot slot

In deze notitie hebben we op hoofdlijnen beschreven welke knelpunten we zien in ons zorgstelsel, welke veranderingen gewenst zijn en hoe we denken dat hier op juiste wijze invulling aan gegeven kan worden zodat er sterker en integraal ingezet kan worden op gezondheidsbevordering met als doel een gezonder Nederland. Graag geven wij met andere betrokken partijen verdere invulling en uitwerking aan dit concept.

Januari 2021

Zwarte Woud 2
3524 SJ Utrecht

ggdghor.nl

