



Datum 28 januari 2021
Ons kenmerk Z/20/1616447

Contactpersoon Ingrid Linnemans
Telefoonnummer 071 5165378

Om in de praktijk te brengen wat in theorie wenselijk is en om te laten zien dat er al goede relaties bestaan tussen zorgverzekeraars en gemeenten, bieden Zorg en Zekerheid en de gemeente Leiden en Alphen aan den Rijn vanuit Holland Rijnland hierbij samen hun reactie aan op de discussienota Zorg voor de Toekomst.

Inleiding

In de regio Holland Rijnland werken we vanuit het concept positieve gezondheid. Daarmee hanteren we een bredere kijk op gezondheid dan in de huidige discussienota wordt gebruikt. In Holland Rijnland proberen we het vermogen van mensen om met allerlei uitdagingen om te gaan te versterken, inwoners zo veel mogelijk de eigen regie te laten voeren en het leven betekenis vol te laten zijn. Ook preventie speelt hierin voor ons een belangrijke rol. We zetten binnen de regio in op het voorkomen van ziekten, door extra aandacht voor thema's als leefstijl. Als inwoners, ondanks de preventie en het versterken van de veerkracht, problemen ervaren, willen we zo laagdrempelig en dichtbij als mogelijk ondersteuning bieden. Regionale samenwerking tussen de 13 gemeenten in Holland Rijnland en de preferente zorgverzekeraar/zorgkantoor Zorg en Zekerheid is noodzakelijk, en reeds vormgegeven, om dit alles te bereiken. Om samen meer resultaten te boeken en meer structurele afspraken te maken, is het nodig dat gemeenten een goede opdracht krijgen om preventieve taken op te pakken, dat zorgkantoren en zorgverzekeraars de ruimte krijgen om dit vorm te geven en dat er geld beschikbaar komt om er serieus werk van te maken.

Binnen de regio Holland Rijnland wordt ook samenwerking gezocht op ander thema's/onderwerpen, bijvoorbeeld op het onderwerp wonen. Wonen blijkt namelijk voor het oplossen van tal van uitdagingen op het gebied van zorg en ondersteuning een heel belangrijke rol te spelen. We hadden graag gezien dat de discussienota ook aandacht besteed aan andere domeinen die nodig zijn om de vraagstukken rond zorg, ondersteuning en welbevinden/welzijn op te lossen. Wonen verdient daarin wat ons betreft in ieder geval aandacht.

Algemene opmerkingen over de discussienota

1. We hadden graag zien dat het ministerie in het begin van deze discussienota positieve gezondheid als uitgangspunt neemt, waardoor er ook meer aandacht komt voor welzijn in de discussienota. Dit gedachtengoed begint eigenlijk al op pagina 6 alinea 2 over de transformatie van de zorg waar bij het welbevinden van de mensen centraal staat.
2. We hebben het idee dat in het document sommige afspraken opnieuw ter discussie worden gesteld. Bijvoorbeeld de rol van de GGD en de gebiedsindeling qua samenwerking. We willen het ministerie adviseren vast te houden aan eerder gemaakte afspraken!!!.
3. De notitie is breed opgezet. Naast dat er veel benoemd wordt, wordt er ook veel geconstateerd en zien we ook veel beleidsopties terug die al ingezet worden. Alle zorgdomeinen worden genoemd, maar de ouderenzorg krijgt in de notitie maar weinig aandacht. Dit terwijl de notitie wel aangeeft dat de kosten van de langdurige zorg in vergelijking met andere landen hoog zijn en dat een stijging bovendien door de vergrijzing te verwachten is. Er wordt verwezen naar de dialoognotitie Ouderenzorg, maar op een aantal plekken in de voorliggende discussienota wordt toch over de langdurige zorg gesproken. Dit is verwarrend. We denken dat in een notitie over de houdbaarheid van de zorg de ouderenzorg meer aandacht verdient. Ditzelfde geldt overigens voor de huisarts. De huisarts is in ons zorgstelsel een belangrijke spil bij het op en afschalen van zorg. Waarbij je de vragen kunt stellen rondom gepaste zorg, verzwaren zorg, wachtlijsten etc.. Als er, zoals naar de dialoognotitie Ouderenzorg, verwezen wordt naar andere notities, vinden we een verwijzing naar het document 'Beter langer Thuis' van de commissie Bos ook op zijn plek. Het gebrek aan opvang/wonen etc is sowieso een probleem ook vanwege de enorme extramuralisering. Dit raakt aan een andere algemene notie.
 - In de discussienota is nauwelijks aandacht voor andere domeinen. De verbreding naar andere domeinen wordt door ons gemist. Voor het oplossen van een deel van de problemen is dit ons inziens echt noodzakelijk. In de praktijk zien wij dat wonen heel belangrijk is. Ook voor wat betreft gezondheidsbevordering zou niet alleen de link met het sociaal domein gelegd moeten worden, maar ook met fysiek / ruimtelijke ontwikkeling, duurzaamheid, economie, etc. De insteek hier is nog vrij oud-denken.
4. De kernindicator voor gezondheid vinden we wel een mooie brug naar andere beleidsterreinen. Daar zijn we voorstander van. Dat maakt duidelijk dat gezondheid belangrijk is en meegewogen moet worden.

5. We constateren dat het ministerie op diverse plekken in het document een poging doet om dingen te concretiseren. Dat waarderen we. Wel willen we vanuit de gemeente en Zorg en Zekerheid ervoor waarschuwen om niet alles vast te leggen. Geef ons het vertrouwen en de ruimte om samen dingen uit te werken. Schep het kader en de voorwaarden en laat het daarbij. In Holland Rijnland hebben we ook geen behoefte aan een oliemannetjes of ander extra poppetjes. We hebben inmiddels een basis gelegd voor samenwerking en deze kunnen we het beste zelf uitbouwen. We hebben geen behoefte aan losse programma's waaraan gemeenten deel kunnen nemen zonder blijvende financiële middelen waardoor structurele borging vaak toch niet goed lukt.

6. De nota 'Zorg voor de toekomst' richt zich op de stappen die komende kabinetsperiode gezet kunnen worden. Belangrijk is om voor gezondheid naar het langetermijnperspectief te kijken, de stip op de horizon. Denk aan 2050. We moeten in ons systeem, domeinoverstijgend, een shift maken waardoor we niet langer de meeste euro's investeren in het leveren van zorg ("dweilen"), maar zorgen d.m.v. preventie dat mensen langer gezond zijn en blijven ("de kraan dicht draaien"). Daarin kan het nieuwe kabinet de komende vier jaar de eerste stappen gaan zetten. Dit vraagt om structurele investeringen in preventie, een gezonde leefomgeving, duurzaamheid, economie, etc. Voor VWS betekent dit concreet dat er structurele middelen vrijgemaakt moeten worden en dat niet telkens met losse programma's (beperkt) middelen aan gemeenten/zorgverzekeraars beschikbaar worden gesteld. Zonder structurele middelen lukt het gemeenten en zorgverzekeraars vaak niet om tijdelijke programma's zonder meerkosten voort te zetten, waardoor het effect op lange termijn beperkt is. Ook de financiële prikkels in het systeem moeten bijdragen aan preventie. Het zou in dat kader interessant zijn als een zorgverzekeraar met de verzekerde ook contracten voor bijvoorbeeld 5 jaar kan sluiten, dan plukt de zorgverzekeraar zelf ook meer vruchten van zijn investering. Ook tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder zouden langere contracten kunnen leiden tot investeringen in preventie. In de financiering van de zorgaanbieders zou ook een prikkel moeten komen die het beloont dat een patiënt geen zorg meer nodig heeft. Liever door gezonde leefstijl van je diabetes afkomen, dan levenslang aan de medicatie en onder controle.

7. Gemeenten hebben beleidsvrijheid nodig om de focus in hun (gezondheids)beleid aan te brengen in lijn met de lokale gezondheidssituatie, uitdagingen en ambities. Het in de Wet publieke gezondheid vastleggen van thema's kan voor gemeenten beperkend werken. Wat wel een positief effect kan hebben, is bij alle besluiten de mogelijke gezondheidsrisico's mee te wegen. Zorgverzekeraars hebben

ruimte nodig om te investeren in niet clientgebonden structurele preventie-activiteiten.

8. Wat betreft de rol van de GGD: De GGD heeft op grond van de wet publieke gezondheid een adviesrol richting gemeenten. Daarnaast kunnen gemeenten ervoor kiezen om de GGD ook een uitvoerende rol te laten spelen (= geen wettelijke taak). De gemeenten maken hun beleid waarbij de GGD adviseert, en het budgetrecht dus bij de gemeente ligt. Uiteraard willen we de kennis en expertise van de GGD volop benutten en daar waar regionaal moet worden samengewerkt is dit ook het logische schaalniveau.

Reacties op een aantal beleidsopties uitgelicht

Verduidelijken van de wettelijke taak van gemeenten om (de samenhang binnen) de publieke gezondheid te bevorderen

- “gezondheidsbeschermende en -bevorderende maatregelen”: In de Wpg wordt wel degelijk een aantal doelgroepen benoemd, jeugd, ouderen, collectieve preventie voor zoveel mogelijk gezondheidswinst (ofwel vooral ook voor kwetsbare inwoners).
- Het is niet gewenst om in de wet (Wpg) doelgroepen op te nemen of leefstijlthema’s te benoemen. Dit beperkt gemeenten om te focussen op die inwoners die het het hardste nodig hebben. We hebben aan de ene kant van het spectrum gemeenten als de G4 met grotestadsproblematiek en aan de andere kant van het spectrum gemeenten als een Midden-Delfland die relatief heel gezonde en gelukkige inwoners hebben. Dit vraagt om een heel andere focus. Een ander voorbeeld: Den Haag heeft jaren geleden o.b.v. epidemiologisch onderzoek specifieke gezondheidsproblemen binnen de Hindoestaanse gemeenschap in beeld gebracht. Dit vraagt om focus/aanpak gericht op een groep met een specifieke migratieachtergrond. Wenselijker is om in de Wpg de brede kaders vast te houden en daarnaast de nota volksgezondheid in stand te houden, waarbij je deze nota niet voor 4 jaar maar bijv. 8 jaar vaststelt, want zo snel veranderen de thema’s toch niet.
- Reden dat veel gemeenten de thema’s roken-overgewicht-alcohol in de lokale nota gezondheid hebben opgenomen is dat deze volgen op de landelijke nota (en nu helemaal nu je voor de SPUK-uitkering (specifieke uitkering sport) verplicht minimaal 2 vd 3 thema’s moet laten terugkomen in je lokale nota).

Naar een regionale aanpak voor de uitvoering en financiering van preventieactiviteiten

- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn primair gericht op zorg voor mensen met een ziekte of aandoening, het beter maken met medicatie en zo gezond mogelijk blijven met levenslange medicatie. De focus ligt te weinig op het voorkomen van ziekte en slechts mondjesmaat op het beter maken

door middel van preventieve activiteiten. Het gebeurt wel, denk aan programma's als Keer diabetes type 2 om.

- Niet iedere GGD heeft een even uitgebreid takenpakket en ook binnen de wettelijke taken kunnen gemeenten kiezen voor een smallere of bredere taakopvatting voor hun GGD. Wat ook betekent dat er GGD'en zullen zijn die in de huidige situatie minder sterk die positie hebben dan andere GGD'en.
- “De GGD heeft al een (adviserende) taak op gezondheidsbevordering”: De GGD heeft o.b.v. de Wet publieke gezondheid een adviserende taak, geen uitvoerende. Deze kunnen gemeente daar wel desgewenst beleggen, maar bijvoorbeeld ook bij een welzijnspartij. Het hangt van de lokale situatie af of het gewenst is om die rol bij de GGD te beleggen of elders.

Naar een regionale aanpak voor de uitvoering en financiering van preventieactiviteiten

- We onderschrijven dat gemeenten en de zorgverzekeraar in de regio samen gezondheidsdoelen vast kunnen stellen en het goed is om daarbij afspraken te kunnen maken over wie wat financiert, maar daarvoor is:
 - Duidelijkheid nodig over de grijze gebieden
 - Extra geld nodig en niet uit de al bestaande middelen van gemeenten en zorgverzekeraar/zorgkantoor . Zorgverzekeraars hebben nu beperkt de mogelijkheid om structureel niet cliëntgebonden activiteiten te financieren. Gemeenten hebben meer vrijheid, maar de budgetten zijn ontoereikend en het feit dat meerdere gemeenten betrokken moeten worden, kan leiden tot een tijdrovend proces omdat veelvuldig afstemming en besluitvorming nodig is.
 - Vrijheid nodig voor de zorgverzekeraar en de gemeenten samen om te bepalen wie nodig zijn om de gezamenlijke gezondheidsdoelen te bereiken. De GGD kan een rol krijgen, maar dit hangt van het doel af. GGD is opdrachtnemer.
- Het lijkt ons belangrijk om het opstellen van het regiobeeld een gezamenlijke verantwoordelijkheid te laten zijn van de gemeenten en de zorgverzekeraar. We adviseren het ministerie niet te veel te sturen op wat er in de regiobeelden moet worden opgenomen om te voorkomen dat het regiobeeld een doel op zich wordt. Binnen de regiobeelden moet voldoende aandacht zijn voor verschillen binnen de regio. De GGD kan bij het opstellen van de regiobeelden een uitvoerende rol spelen. Sterker: op grond van de Wpg heeft de GGD de taak de “gezondheidssituatie van de inwoners in beeld te brengen” o.b.v. epidemiologische gegevens. Daarbij kun je die taak breder of smaller opvatten.

Een wettelijke taak voor zorgverzekeraars om mee te werken aan de regionale samenwerkingsstructuur.

We vinden het bijzonder dat er expliciet wordt aangegeven dat de zorgverzekeraar een sterkere wettelijke verplichting moet krijgen tot samenwerking. Volgens ons is deze verplichting er al en het woord samenwerking impliceert dat gemeenten en zorgverzekeraars beide moeten samenwerken.

We hopen hiermee dat onze visie (van Holland Rijnland en Zorg en Zekerheid/Zorgkantoor) wordt meegewogen in de landelijke discussienota Zorg voor de Toekomst. Het lijkt ons efficiënt en wenselijk dat de visie vanuit een regionale setting, een samenwerking, wordt gegeven in plaats van partijen apart te bevragen.

Met vriendelijke groet,

M. Damen
Wethouder gemeente Leiden

Ton van Houten
Voorzitter Raad van Bestuur
Zorg en Zekerheid

H. de Jager
Wethouder gemeente Alphen aan den Rijn