

Gezondheid als uitgangspunt

In meer dan honderd wijken, projecten, allianties en regio's wordt er dagelijks door duizenden mensen en vele publieke en private organisaties bottom-up samengewerkt aan gezondheid én aan de nodige transitie van de zorg. In deze reactie op de discussienota, bundelen we daarom met veel plezier reacties en geluiden afkomstig uit die regio's en uit de GROZ-Health-Holland, HealthKIC, Institute for Positive Health en Alles is Gezondheid.

Onze reactie en suggesties voor beleid en nadere concretisering richt zich op vier hoofdthema's:

1. **Fundamentele Transitie Positieve Gezondheid is nodig**
2. **Mens als kansrijk én onmisbaar begin- en eindpunt met (digitale) ondersteuning**
3. **Regio's in gezamenlijkheid voor gezondheidsdoelen**
4. **Gezondere economie en bekostiging voor gezondheid & zorg**

Fundamentele Transitie Positieve Gezondheid is nodig

Al in 2010 illustreerde het RVS-rapport van ZZ naar GG dat er een transitie moet plaatsvinden van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Ruim tien jaar later liggen hier voor waarneembare impact op gedrag en een fundamentele aanpak van onze collectieve en individuele gezondheid nog veel kansen, die we gezamenlijk moeten en kunnen aanpakken om de transitie tot een succes te brengen. De geschetste contouren over de houdbaarheid en inrichting van het zorgstelsel zijn cruciaal, maar de fundamentele omslag in de **inrichting van ons gezondheidssysteem ontbreekt nog**. We willen een transitie naar gezonder leven, waarin we – zoals de centrale missie van VWS voor het missiegedreven Topsectoren- en Innovatiebeleid stelt – vijf jaren in goede gezondheid aan het leven toevoegen en de gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomische hoge en lage groepen met 30% verkleinen in 2040. Het huidige systeem zit echter nog té vast in de ziekte en zorg.

1.1 Zet langdurig in op gezondheid en kabinetsbrede aanpak

In beleid van een nieuw kabinet zou de innovatieve benadering van gezondheid een essentieel aandachtspunt moeten zijn. Het belang van het gezond houden van de bevolking is namelijk een veel groter belang dan het voorkomen van zorgkosten. De **grootste gezondheidswinst** bevindt zich sinds jaar en dag op diverse beleidsterreinen, zoals ook milieu, klimaat, voedsel, werk en onderwijs. Voor echte impact op gezondheid is betrokkenheid en beleid van meer ministeries naast VWS nodig: OCW, SZW, BZK, EZK, I&W, LNV en V&J. Gezondheid verdient een **langdurige kabinetsbrede aanpak**. Hierbij staan collectieve en individuele 'health' management in plaats van 'disease' management centraal. Dit vraagt een stap verder denken dan het aansluiten van zorg op het sociaal domein, want ook scholen, werkgevers, etc. hebben hierbij een rol. Het vraagt naast beleidsopties voor de komende vier jaar ook om een langdurige inzet op transformatie. Een transitie die niet in één of twee kabinetsperiodes succesvol en duurzaam geregeld is. Er is een programma van tien of twintig jaar nodig met investeringen om de **benodigde paradigma shift** te realiseren.

1.2 Stel vertrouwen centraal als randvoorwaarde voor verbindingen

Van vertrouwen op systemen, naar vertrouwen op mensen. Iets wat vaak terugkomt is de wens om vertrouwen terug te brengen in de gezondheid(s)(zorg), in of bij de professionals en hun organisaties. Maar ook vertrouwen hebben in de kracht van inwoners, ook in hun rol van patiënt of cliënt in het zorgsysteem. En vooral in elkaar. Vertrouwen is moeilijk direct te organiseren, het ontstaat en moet gekoesterd en gevoed worden. **Co-creatie, partnerschap en creëren van ruimte en mogelijkheden** bevorderen dat. In het rapport van RVS 'Blijk van Vertrouwen' (2019) wordt

bepleit om te schakelen van een paradigma gebaseerd op controle en beheersing naar **een paradigma van vertrouwen en improvisatie**, dat veel beter aansluit bij de complexiteit van de postmoderne samenleving die in toenemende mate en succesvol in netwerken georganiseerd zal zijn.

1.3 Benut **Positieve Gezondheid** bij concretisering beleidsopties

Acceptatie over, en toepassing en enthousiasme van het concept van Positieve Gezondheid, staat voorop in de diverse preventie en gezondheidszorg gedachtewisselingen. Met zowel steun en goede ervaringen van mensen, professionals en wijken zelf, als ook draagvlak bij zorgverzekeraars, gemeenten, GGD'en, werkgevers en zorgorganisaties is **actieve inzet op Positieve Gezondheid** bij concretisering rondom preventiebeleid alsmede het zorg beleid een logisch vertrekpunt. Positieve Gezondheid gaat ook over het aanpassen aan de dagelijkse omstandigheden, om wat jezelf wilt en om wat jij belangrijk vindt. Het gaat het om 'meedoen' naar believen en vermogen en 'ertoe doen', en niet wat het systeem als optimaal beschouwd. Juist waar het beleid op gezondheid, preventie en zorg evenals de actie daarop zeer versnipperd en gefragmenteerd is, biedt dit neutrale maar vernieuwende gedachtengoed een helder concept om verder op te bouwen. Een concept ook waar vele lokale en regionale initiatieven en hun coalities al veelvuldig en in toenemende mate gebruik van maken. Daardoor kan Positieve Gezondheid in de nadere uitwerking rondom het opstellen en initiëren van bestaande en additionele regionale samenwerkingen, regiobeelden als ook digitale tools een centrale rol hebben.

Mens als kansrijk én onmisbaar begin- en eindpunt

In de nota lezen we veel beleidsopties waarbij bestaande wetten en instituties centraal staan. Wij stellen voor actiever aan de slag te gaan met de mensen zelf. Gedrag, gezondheid en leefstijl is van mensen zelf. Dicht bij mensen in hun eigen wijk, in hun eigen stad. Daar gebeurt het.

2.1 De mens centraal met systeemactoren

De nota lijkt er van uit te gaan dat aanbieders, professionals, financiers en gemeenten (of zelfs individuele wethouders) eigenaar zijn van 'gezondheid'. Iedereen, behalve de burger(s) zelf. De mens en zijn omgeving komt sporadisch terug in de nota en zou wat ons betreft juist hét vertrekpunt moeten zijn; het beleid zou daarop aan moeten sluiten. Wij zien graag met de voornoemde initiatieven dat de discussienota veel sterker wordt ingestoken vanuit **vertrouwen in de burger**. Dat zij regie en verantwoordelijkheid krijgen om voor zichzelf en voor anderen te zorgen. Van 'diabeet', de 'COPD-er', 'kwetsbare oudere', de 'patiënt' of 'cliënt', naar **mensen**. Meer mens, minder patiënt, zoals ook de Patiëntenfederatie voorstaat. Individuen met een verhaal, een historie en achtergrond en vooral **een toekomst**. Die er voor zichzelf, en hun omgeving toe doen. Mensen die elkaar ook kunnen ondersteunen, zoals we in de vele initiatieven in het land al zien. Zoals in de wandelgroepen van Bas van de Goor's Diabetes challenge, de inzet van ervaringsdeskundigen in de GGZ of bij #dryjanuary, en ook in Amerika bij het succes van Patients like me (ervaringscontacten). Hierbij is beleid minder top-down ingericht en vooral aansluiten bij wat er al bottom-up gebeurt en dat bevorderen. *What matters to you* in plaats van *What is the matter to you*.

2.2. Het **doen-vermogen** vergroten en benutten

In de nota wordt al gesproken over het vergroten van gezondheidsvaardigheden van mensen, met name door middel van leefstijlinterventies. Wij zien daarbij de noodzaak om mensen vaardigheden aan te leren om zelf de regie te nemen, bijvoorbeeld door (digitale) innovaties die mensen in staat stellen met hun gezondheid aan de slag te gaan. Op deze manier stimuleren wij het **Doen-vermogen**

van mensen.¹ Verantwoordelijkheid die mensen op hun eigen manier willen en kunnen nemen, mits zij daar transparant en op begrijpelijke wijze in gegidst worden en merken dat het zich 'uitbetaalt'. Hierbij helpen te veel verschillende tools of verschillende boodschappen mensen niet, maar bijvoorbeeld Welzijn op Recept laat prachtige resultaten zien. Vooral mensen met beperkte gezondheid(svaardigheden) verdienen hierbij aandacht, i.s.m. experts als die van Pharos.

2.3 Aandacht voor sociale, economische en fysieke omgeving

Leefstijl is niet (alleen) het domein van persoonlijk gedrag, maar een samenhang van sociale, economische en fysieke omgeving en persoonlijk **gedrag**. De gezondheid van mensen in zo'n 5500 wakkere uren per jaar per persoon wordt door veel meer bepaald dan zorg alleen waar zij gemiddeld zo'n 1 of 2 jaar gebruik van maken, vooral geconcentreerd aan het begin en het eind van het leven. De overige 4998 uur zijn we thuis, op school, in onze wijk, op werk of bijvoorbeeld in een online omgeving. Wanneer er wordt gedacht vanuit de mens, is het noodzakelijk te kijken naar de omgeving waarin de mens leeft: de woonomstandigheden waarin hij/zij leeft, de natuur waarin hij/zij recreëert en beweegt, het werk dat hij/zij doet, de school waar hij/zij vaardigheden en kennis opdoet, het milieu, etc. Al deze omgevingen hebben de kracht om een positieve of negatieve invloed uit te oefenen op de gezondheid van een mens. Wij pleiten daarom voor een actievere opstelling naar sectoren die van invloed zijn op de gezondheid, zoals wonen, arbeidsmarkt, leefomgeving en schuldenproblematiek, analoog aan het RVS-essay omtrent gezondheidsverschillen.

2.4 Landelijke digitale gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering en doelstellingen rondom meer gezondheid: het is zeker met digitale kansen te realiseren als aanvulling op de 'gewone' leefomgeving. Zo kunnen **digitale innovaties en tools voor gezondheid** juist ondersteunend en stimulerend werken, terwijl in de discussienota vooral voor de curatieve zorg mogelijkheden worden geschetst. Hetzelfde als we digitaal een jaarlijkse digitale belastingaangifte doen of het energieverbruik van onze woning registreren: via één helder publiek-privaat systeem waar o.a. vanuit Health RI en de NLAIC aan gewerkt zou kunnen worden. Waarbij mensen niet hoeven te kiezen tussen talloze gezondheidsapps of platforms wat nu het geval is, waarbij iedere partij andere suggesties doet aan mensen of patiënten. Hiervoor is een landelijk kader nodig met **zowel infrastructuur als integratie van data als kwaliteitseisen van de apps**. Een digitale faciliteit is niet alleen voor werkende mensen, maar juist ook voor mensen zonder baan via UWV of vlak voordat mensen hun pensioen ingaan. Niet alleen als je werkt of als je ziek bent, maar op diverse momenten in je leven is het nodig om **makkelijk aan je gezondheid te kunnen werken** en wellicht daar zelfs via fitcoins of healthcoins voor beloond te worden. Er is al veel kennis aanwezig met de ervaringen van o.a. Green Habit, SamenGezond, Fitknip en It's my life 24. Daar kan op worden doorgewerkt, zodat deze bevordering voor iedereen helder toegankelijk is.

Tot slot vragen we extra aandacht voor de kinderen, want de jeugd heeft de toekomst. Voor hen is opgroeien met een goede lichamelijke en psychische en emotionele gezondheid extra belangrijk, juist de eerste 1000 dagen. Hierop gezamenlijk inzetten zoals bijvoorbeeld bij het initiatief rondom "De gezond(st)e generatie" van de SGF.

Regio's in gezamenlijkheid voor gezondheidsdoelen

De koers voor meer ruimte en samenwerking in de regio is een kansrijke, waarbij de belangrijke rol die regio's en gemeenten te spelen hebben erkend wordt. Inwoners verhouden zich tot een **natuurlijke regio**, daar moet het systeem en het aanbod zich op aanpassen. In de regio kan meer

¹ Nota Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid 'Weten is nog geen Doen'

gezondheid aan het leven worden toegevoegd voor iedereen, door op inwonerniveau vraaggestuurd te werken vanuit het gedachtengoed van positieve gezondheid.

Naast passende zorg kunnen ook uitkomstgerichte afspraken worden gemaakt maken door goede **monitoring** van gezondheid, door op resultaat te belonen en de **structurele organisatiekracht** op gezondheid vorm te geven. Met meer ondernemerschap, **verantwoordelijkheid**, vertrouwen op en regie in de regio, zal er meer effect op gezondheid mogelijk zijn en wordt afremmen van de zorgvraag beloond en de transitie naar meer gezondheid versneld. Hierbij kunnen de-medicalisering en verbinding met sociaal domein naast positieve gezondheid een belangrijke bijdrage leveren aan de (ontschotting binnen de) zorg.

3.1 Structurele inbedding en financiering via regiobudget

In ruim twintig regionale netwerken en ook in vele diverse wijken en buurten zien we nu vooral afhankelijkheid van vrijwilligheid, enthousiasme, goede wil en samenwerkingsbereidheid van burgers, zorgaanbieders en financiers, met kortlopende subsidieregelingen of projectgelden. Van een structurele inbedding van het werken aan gezondheid is (nog) geen sprake. De gezondheidsnetwerken lopen aan tegen de korte termijn resultaten en de harde gezondheidswinst die zorgverzekeraars en soms ook gemeentes van initiatieven uit het veld willen zien. De keten van preventie, welzijn en zorg wordt betaalbaarder en effectiever wanneer we op regioschaal intensief samenwerken. Dit is **over organisatiebelangen heen** en dienstbaar aan de burgers die veelal zelf fors investeren en meewerken aan alle initiatieven (zoals bijvoorbeeld Nederland Zorgt Voor Elkaar). Regiobudget voor die structurele organisatiekracht op gezondheid is nodig met bijbehorende governance. De regio zou met eigen middelen haar regionale doelen moeten kunnen stellen op basis van kennis en gezondheidsbeelden van de regio en met behulp van de toenemende betrokkenheid van deskundigen vanuit private en publieke partijen, zoals ook het MBO, HBO en WO.

3.2 Regio-indeling verkennen

Regionale infrastructuur is wenselijk om mis-coördinatie tegen te gaan door regionale afstemming op gezondheid en hiermee duurzaam organisatiekracht op gezondheid te faciliteren. Het creëren, maar vooral ook het behouden van de vaak al ruimschoots aanwezige collectieve verantwoordelijkheid voor gezondheid in een regio, met doorzettingsmacht en meer ondernemerszin. Daarmee kunnen we anders organiseren, anders monitoren en anders financieren. Een verkenning op korte termijn naar **de indeling van regio's samen met het veld** is nodig. Elk domein (wonen, zorg, onderwijs, arbeidsmarkt etc.) kent op dit moment weer een andere regio-indeling. Tevens zijn er binnen de zorg diverse indelingen, zoals 31 zorgkantoorregio's, 25 GGD-regio's of 26 veilig thuis regio's, 7 UMC-regio's, etc. Een verkenning naar harmonisatie van regio's is wenselijk waarbij er aandacht is voor de regio's die met **veel energie** al actief zijn met lange historie.

3.3. Rol en kaders voor regionale verantwoordelijkheid

De overheid kan stimuleren dat regionale samenwerking óf van de grond moet komen óf gestimuleerd wordt waar deze reeds aanwezig is. Zoals geschreven: dat is reeds het geval op veel plekken en regio's! Regionetwerken in de lead zetten en houden, met vanuit de landelijke overheid een **faciliterende rol** en indien nodig een **regisserende rol**. Dan kunnen regio's - met eigen middelen - **regionale gezondheidsdoelen** die aansluiten op kaders zoals de 5 VWS-missies voorstaan. Geef regio's het vertrouwen, het budget en de mogelijkheid meerjarig in te zetten op gezondheid, samen met de spelers in de regio, dus met de inwoners, met werkgevers, gemeenten, GGD'en, wijkteams, huisartsen, en bedrijven.

En de landelijke heldere en **niet-vrijblijvende** afspraken zijn leidend voor regioplannen met diverse betrokken kernpartijen en een vertaling van Positieve Gezondheid. Data aangaande gezondheid inclusief sociale situatie – dus veel breder dan de focus op zorg – zijn hierbij nodig voor een regionaal (start)beeld. En in de plannen tevens het afbakenen van verantwoordelijkheden, taken en budget

voor bevordering van preventie en gezondheid: iedere partij heeft zijn eigen verantwoordelijkheid en taak op het gebied van gezondheid. Een verandering teweegbrengen waarin verantwoordelijkheid om te handelen wordt gevoeld, vraagt om het **aanspreken van specifieke actoren**. Dit laten succesvolle netwerken in de regio's bij Alles is Gezondheid de afgelopen vijf jaren al zien: gezamenlijke inzet, waarbij iedere actor een specifieke bijdrage levert. Helder en transparant is dan wie waaraan werkt. Concepten als 'shared savings' en 'SROI' kunnen hier verder vorm en inhoud geven.

Gezondere economie en bekostiging voor gezondheid & zorg

Voor iedereen geldt echter: er gaat niets boven gezondheid. De uitdagingen rondom preventie en gezondheid zijn te groot om deze niet te beantwoorden met een **passende investering**. Dit moet gepaard met kostenbesparende deïmplementatie van hetgeen verouderd of niet meer nodig is. Dit vraagt van iedereen een bijdrage, offers en een samenwerking, maar met de kennis dat er nu en de komende jaren geen schaarste van vraag zal zijn t.a.v. gezondheid en zorg. De kosten van gezondheid gaan voor de baten uit. Maar onze gezondheid in Nederland en daarmee preventie verdient en vereist een structureel budget en heldere, eerlijke bekostiging en financiering.

4.1 Structurele financieringsmodellen uittesten

De knelpunten over financieringsprikkel worden herkend door regio's en netwerken die aan gezondheid werken. Van Texel tot Utrecht tot de Noordelijke Maasvallei: zij geven aan dat **het schuurt en wringt**. Investeren in gezondheid is vaak niet in lijn met de korte termijn resultaten of baten. Daarnaast is het momenteel uitdagend om organisatiekosten voor programma's of projecten gefinancierd te krijgen. Daarbij wordt de hoop uitgesproken dat er durf wordt getoond om budget weg te halen bij de zorg en te investeren in gezondheid; de onvermijdelijke pijn die hiermee gepaard gaat accepterende. Er is enthousiasme om **meer te experimenteren met populatiebekostiging**. Zoals HealthKIC met Alles is Gezondheid, VWS, PGGM, Noaber Foundation en Menzis al testen in de kavel aanpak. In de Achterhoek gaan ze nu de volgende fase in om te komen tot een plan voor de komende tien jaar (of zelfs twintig jaar) met afspraken over verantwoordelijkheid, interventies, financiering en monitoring van structureel meer gezondheid in de regio door te werken met **een revoluerend fonds**.

Een bekostiging gebaseerd op populaties en niet afhankelijk van productienormen maar van resultaten. Stimuleer een gezonde levensstijl ter voorkoming van ziekte en vroegtijdige sterfte, maar vooral ook voor een **duurzame inzetbaarheid** op werk en goede prestaties in het onderwijs. Dat is waar baten terug komen voor de maatschappij.

4.2 Nationale gezondheidsfaciliteit

Zoals in de ambtelijke heroverwegingen in 2020 geschetst kan een nationale preventiefaciliteit of beter gezegd gezondheidsfaciliteit voor opschaling en gezondheidsbevordering een idee zijn. Gericht op positieve gezondheid en selectieve preventie, waarbij **gezondheidsbevordering door middel van cofinanciering** bekostigd kan worden. Dit kan werken voor de coördinatiekosten van regio's' of gezamenlijke projecten van verzekeraars, gemeenten, zorgkantoren, zorgaanbieders en werkgevers. Ook kan het helpen bij de uitvoeringskosten van selectieve preventieve interventies die nog niet structureel bekostigd kunnen worden vanuit de verschillende stelsels en wetten.

4.3 Landelijke gezondheidsakkoord (als pre-ambule)

Hoewel er afgelopen jaren diverse relevante (hoofdlijn) akkoorden zijn gesloten rondom zorgdomeinen, maar ook sport en preventie, zien we dat het tijd is een voor een volgende stap. Een landelijk (hoofdlijnen)akkoord Gezondheid, welke tevens als **pre-ambule in andere akkoorden** gebruikt kan worden. Met het uitgangspunt van Positieve Gezondheid kunnen landelijke afspraken

hieraan gekoppeld worden. Hierbij kan ook worden afgesproken dat landelijke afspraken een regionale invulling krijgen met domeinoverschrijdende samenwerking, eventueel vooruitlopend op wetgeving. Zo hoeven we niet een paar jaar te wachten, maar kunnen actoren nu **aan de slag in de regio**, zoals zovelen reeds aan het doen zijn.

4.4. Aspecten rondom btw en wetgeving voor gezonde omgeving

Ook benadrukken we de kansen rondom btw-tarieven verlaging over groente en fruit of die van een mogelijke toekomstige suikertaks. Tevens staan we hier kort stil bij het belang van de **Tabakswet, Warenwet en/of Omgevingswet**. Ze zijn van belang en kansrijk om de verkoop van sigaretten of producten met veel suiker te beperken en voor gemeentes om hiermee te sturen op de voedselomgeving. Vooral nodig voor de inwoners zelf, om **makkelijker de gezonde keuze** te kunnen maken.

Tot slot benadrukken we graag dat we gezien de urgentie voor gezondheid en preventie en een transitie van de zorg zelf **vanuit onze organisaties en netwerken met veel enthousiasme** bijdragen aan de concretisering en uitwerking hiervan.

Van denken naar doen, voor meer gezondheid in Nederland!

Angelique Schuitemaker, Directeur Institute for Positive Health

Carl Verheijen, Directeur HealthKIC

Karen van Ruiten, Programmadirecteur Alles is Gezondheid

Nico van Meeteren, Algemeen Directeur TKI-Bureau LSH, Health-Holland