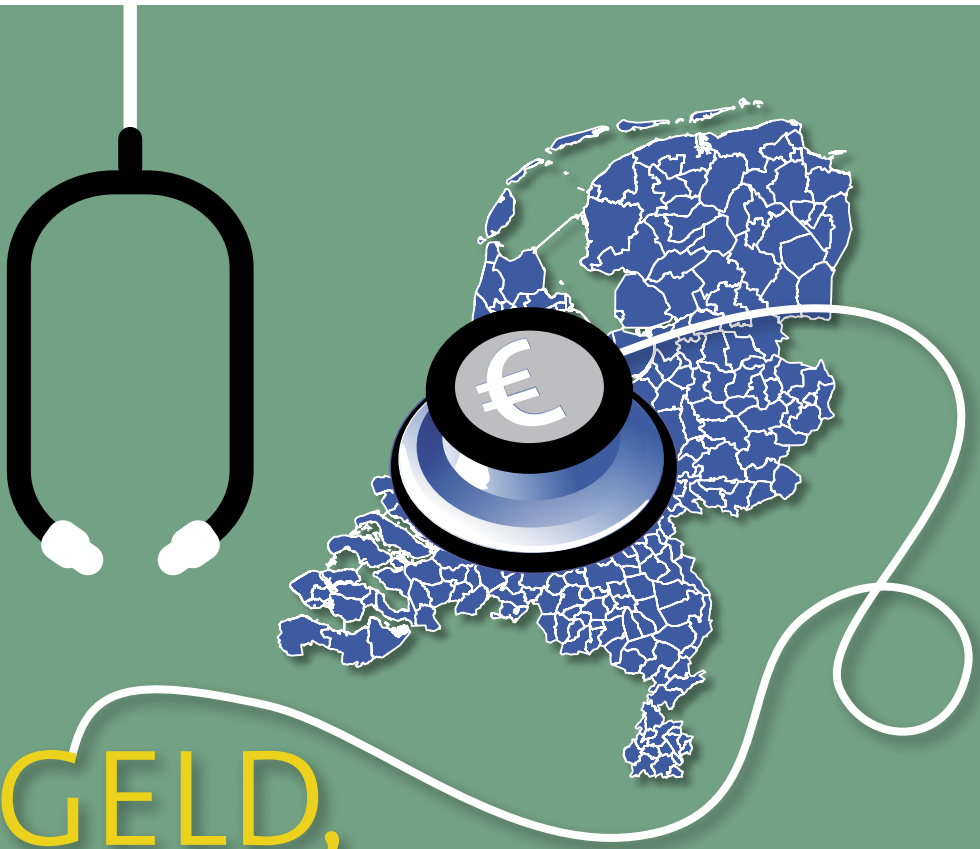
ESSAYBUNDEL VAN DE RAAD VOOR HET OPENBAAR BESTUUR



GELD, GEZONDHEID EN GEMEENTEN

DE RAAD VOOR HET OPENBAAR BESTUUR is een onafhankelijk adviesorgaan van de regering en het parlement. De ROB adviseert – gevraagd of op eigen initiatief – over de inrichting en het functioneren van het openbaar bestuur en de beleidsmatige aspecten van financiële verhoudingen tussen Rijk, gemeenten en provincies. Extra aandacht gaat uit naar de beginselen van democratie en rechtsstaat.

WETTELIJKE VERANKERING

De ROB is ingesteld bij wet van 12 december 1996 (Wet op de raad voor het openbaar bestuur, Staatsblad, 1996, nr. 623). Per 1 juli 2017 is de adviesfunctie van de Raad voor de financiële verhoudingen (Rfv) overgedragen aan de Raad voor het Openbaar Bestuur. De Rfv was ingesteld bij wet van 21 februari 1997.

De geschiedenis van de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB) gaat terug tot in 1960. Toen werd de Raad voor de gemeentefinanciën (Rgf) opgericht. In 1965 werd de Raad voor de Territoriale Decentralisatie (RTD) ingesteld. Beide zijn voorlopers van de huidige Raad voor het Openbaar Bestuur.

WERKWIJZE

Adviesaanvragen kunnen van alle ministeries en van de beide Kamers der Staten-Generaal afkomstig zijn. De ROB baseert zijn adviezen op bestuurlijke kennis en ervaring, state-of-the-art wetenschappelijke inzichten en kennisname van opinies en inzichten uit de samenleving. Ook via andere activiteiten (lezingen, rondetafelgesprekken, congressen, inleidingen) levert de ROB een bijdrage aan het politiek-bestuurlijke en maatschappelijke debat over het functioneren van het openbaar bestuur en de democratie.

SAMENSTELLING

De Raad bestaat uit een voorzitter en acht leden die worden benoemd bij Koninklijk Besluit. Zij zijn geselecteerd op basis van hun deskundigheid en maatschappelijke ervaring. Daarnaast kan de Raad voor projecten tijdelijke raadsleden aanstellen.

STAF

Een compacte staf ondersteunt de Raad. De secretaris en zijn medewerkers leggen over hun werk verantwoording af aan de Raad.

ADRESGEGEVENS

Bezoekadres: Korte Voorhout 7
Postadres: Postbus 20011
2500 EA Den Haag
T 070 426 75 40
E info@raadopenbaarbestuur.nl
www.raadopenbaarbestuur.nl
@Raad_ROB

Vormgeving: Studio Tint, Den Haag
© april 2025, Raad voor het Openbaar Bestuur
ISBN/EAN 978-90-5991-154-3
NUR 823

Voorwoord

Tot de taakopdracht van de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB) hoort het bijdragen aan de wetenschappelijke kennis en discussies over de bestuurlijke en financiële verhoudingen. Het doel is het leggen van een verbinding tussen enerzijds bestuurlijke en maatschappelijke vraagstukken en anderzijds de financiële verhoudingen. Dit jaar heeft de Raad als thema gekozen voor de achtste Dag van de Financiële Verhoudingen: *Geld, gezondheid en gemeenten.*

De reden daarvoor is dat samenleving en politiek veel waarde aan gezondheid hechten. Er gaat veel geld naar de behandeling van individuele gezondheidsproblemen. Maar met ongewijzigd beleid zullen de zorgkosten in 2050 bijna verdubbelen. De houdbaarheid van het huidige zorgstelsel staat onder druk. De beschikbare middelen voor het voorkomen van gezondheidsklachten blijven echter achter. Gemeenten spelen vooralsnog een bescheiden maar rol in het gezondheidsbeleid. Ze hebben wel een belangrijke taak op het terrein van de preventieve gezondheidszorg. Met de inzet en betrokkenheid van de GGD geven zij vorm aan het preventiebeleid. De gemeentelijke uitgaven aan gezondheidsbevorderende maatregelen zijn echter zeer bescheiden ten opzichte van de uitgaven aan curatieve zorg. Ook de investeringen in preventieve gezondheidsmaatregelen blijven ver achter vergeleken de investeringen in de curatieve zorg.

De gezondheid van mensen wordt in belangrijke mate positief beïnvloed door individuele factoren, zoals een gezonde leefstijl, afwezigheid van stress en goede gezondheidsvaardigheden. Ook sociale factoren zoals sociale cohesie dragen bij aan een goede gezondheid en een hoge levensverwachting. Direct en indirect beïnvloedt ook de fysieke inrichting van de openbare ruimte de gezondheid van mensen. Niet alleen openbaar groen maar ook het creëren van ruimte voor sociale ontmoetingen draagt daaraan bij.

De gezondheid van de bevolking werkt ook op andere manieren door in het gemeentelijk beleid en de kosten die gemeenten maken. Zo zijn gemeenten verantwoordelijk voor de zorg voor en ondersteuning van inwoners die door gezondheidsproblemen een beroep op hen doen. Gemeenten worden daarbij geconfronteerd met dubbele vergrijzing (dit houdt in dat binnen de groep 65-plussers het deel 80-plussers toeneemt). Daardoor neemt de vraag naar zorg en ondersteuning toe, en dat zet de (financiële) houdbaarheid van de Wmo onder druk. Wie en wat bepalen in de toekomst het beroep op de zorg en ondersteuning van de gemeenten?

Het belang van preventief gezondheidsbevorderend beleid door gemeenten wordt breed onderschreven, maar staat door verschillende oorzaken tegelijk erg onder druk. Het is geen harde wettelijke taak. In een kosten-batenafweging legt preventie het snel af tegen onvermijdbare uitgaven die voortvloeien uit wettelijke verplichtingen. De nadruk ligt op het voldoen aan individuele aanspraken op zorg en ondersteuning. De sectoren jeugdhulp en Wmo kannibaliseren de gemeentelijke begroting en ondermijnen daarmee beleid dat gericht is op het terugdringen van gezondheidsverschillen.

Een problematische factor daarbij is dat de baten van preventie diffuus zijn. Niet alle preventie leidt direct tot besparingen, het kost tijd en de baten vallen niet altijd ten goede aan de partij die de kosten maakt.

Zeker in het licht van het ravijnjaar 2026, wanneer de gemeenten aanzienlijk minder geld uit het gemeentefonds zullen ontvangen, staan de uitgaven aan voorzieningen die de sociale basis voor de publieke gezondheidszorg vormen zoals preventie als eerste onder druk. De bekostiging van preventief gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt daarbij vanuit het Rijk incidenteel bekostigd, terwijl het feitelijk een structurele taak is.
Dit alles vraagt om een nadere overdenking van de rol van gemeenten op het terrein van publieke gezondheidszorg.

Ter voorbereiding op de achtste Dag van de Financiële Verhoudingen, op 17 april 2025 in Leiden, vroeg de Raad aan wetenschappers, onderzoekers en opiniemakers om een artikel te schrijven waarin de verschillende aspecten van het thema worden belicht. Het resultaat daarvan is deze bundel.

De Raad hoopt dat deze essays daarnaast ook bijdragen aan de verdere gedachtevorming over de wijze waarop de bekostiging en de samenhang tussen de curatieve en preventieve gezondheidszorg effectiever en doelmatiger kan worden ingericht.

We zijn de auteurs dankbaar voor hun bijdrage aan deze bundel. De inhoud van de essays komt voor rekening van de auteurs. De opvattingen komen niet noodzakelijkerwijs overeen met de organisatie waarvoor de auteurs werkzaam zijn of met die van de ROB.

Wij wensen u bij het lezen van de essays veel inspiratie toe voor de gedachtevorming over hoe we een financieel fundament kunnen creëren op basis waarvan Rijksoverheid en decentrale overheden samen kunnen werken aan de grote opgaven waar Nederland voor staat.

Caelesta Braun
Voorzitter

Iris Sluiter
Secretaris-directeur

Inhoud

Voorwoord 3

Preventie: een zaak van nationaal belang 9
André Rouvoet, Kim Roetert

Op onze gezondheid: voorbij de schaarste door scheefte 19
Marleen Kraaij-Dirkzwager, Martijn van der Steen, Jet Bussemaker

De kramp eraf door klare keuzes 29
Eelco Eerenberg & Rienk Janssens

Publieke gezondheid vergt publieke voorfinanciering 38
Adrienne Rotteveel, Johan Polder, Ardine de Wit, Bram Wouterse

Gezondheidsverschillen en financiering van gemeenten 46
Irene Niessen, Renske Kroeze

Strategie voor de sociale en gezonde leefomgeving 53
Annette van Duivenvoorden

Recept voor gezonde gemeenten 65
Jan Verhagen

Brede SPUK: een last of een zegen? 75
Gwendolyn Boom, Sander van der Krogt

Afbakeningsproblematiek in de uitvoering van de Wmo 2015: hoe gemeenten te stimuleren tot preventie? 79
Eline Linthorst

Bijlage I Samenstelling Raad voor het Openbaar Bestuur 88

Preventie: een zaak van nationaal belang

André Rouvoet, Kim Roetert[1]

De druk op de zorg brengt enorme maatschappelijke kosten met zich mee en maakt dat niet iedereen meer snel de zorg kan krijgen die nodig is. De economische effecten van ziekte en ziekteverzuim zijn groot. En een ongezonde bevolking is niet opgewassen tegen een nieuwe gezondheidscrisis. 'De tijd dat we (on)gezondheid als een individuele zaak kunnen beschouwen en preventie kunnen zien als 'betutteling' ligt achter ons. Het gaat niet meer om individueel welzijn, maar het gaat over een publiek belang', vindt André Rouvoet, voorzitter van GGD GHOR Nederland.

In essentie is preventie: voorkomen dat mensen onnodig ziek worden. In een tijd waarin de zorgkosten zijn opgelopen naar 110 miljard euro per jaar, is preventie geen kwestie van leefstijladviezen als 'eet een appel', maar broodnodig om een groeiend probleem op te lossen. We zijn in het land druk bezig met ons voor te bereiden op rampen en crises. De dreigingen van internationale politieke gebeurtenissen en de angst voor cybercrises of andere dreigingen zetten aan tot veel aandacht en inzet voor de voorbereiding hierop. Dezelfde aandacht en inzet moeten we geven aan een van de meest fundamentele crises in een bevolking: een gezondheidscrisis. Obesitas neemt toe, de mentale gezondheid van jongeren gaat achteruit, klimaatverandering brengt nieuwe risico's met zich mee, het risico op infectieziekten wordt groter, de vergrijzing neemt toe en jongeren bewegen steeds minder. De oproep van het RIVM in de recente Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024[2] is duidelijk: 'De komende jaren is een standvastig gezondheidsbeleid nodig, met concrete doelen.'

Gelukkig vindt iedereen gezondheid belangrijk. Uit talloze peilingen blijkt dat mensen gezondheid en welzijn het belangrijkst vinden in hun leven.[3] Tijdens de coronacrisis gaf zelfs 97% van de mensen aan dat ze 'gezondheid' de belangrijkste waarde vonden.[4] Maar zorgen dat mensen lang gezond blijven is geen eenvoudige

1 Mr. A. (André) Rouvoet is voorzitter van GGD GHOR Nederland. Drs. K. (Kim) Roetert is manager Communicatie en Public Affairs bij GGD GHOR Nederland.

2 Den Broeder, L., et al., (2024). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024. Kiezen voor een gezonde toekomst*, https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/hoofdrapport.

3 Ipsos (2022). Wat maakt mensen het gelukkigst: gezondheid, familie of 'purpose'? https://www.ipsos.com/nl-nl/wat-maakt-mensen-het-gelukkigst-gezondheid-familie-purpose; NIQ (2017). *Gezondheid belangrijkste voorwaarde voor een goed leven.* https://nielseniq.com/global/nl/news-center/2017/gezondheid-belangrijkste-voorwaarde-voor-een-goed-leven/.

4 https://marketresponse.nl/resources/corona-zorgt-voor-zorgen/.

taak. Hun sociaaleconomische status speelt een rol (arme mensen zijn minder gezond dan rijkere), hun opleidingsniveau of taalvaardigheid speelt een rol (praktisch opgeleiden voelen zich minder gezond), hun omgeving speelt een rol (de aanwezigheid van lawaaierige snelwegen of zware industrie), hun woning speelt een rol (schimmel) en hun woonomgeving (nodigt die uit tot buiten bewegen? Is de lucht schoon?). En dan pas komen we bij leefstijlfactoren als roken en gezond eten en natuurlijk genetische factoren. En tot slot is het ook nog eens zo dat het aanpakken van deze (en vele andere) factoren niet leidt tot direct succes. Preventie is een zaak van lange adem. En de baten van investeren in gezondheid landen vaak ook nog eens niet bij de partijen die erin investeren (*wrong pocket*-probleem).

Kortom: iedereen weet dat het belangrijk is om preventieve maatregelen te nemen om te voorkomen dat mensen ongezond zijn of zelfs ziek worden, maar dit is wel een heel complexe uitdaging. Toch is er geen tijd meer om te wachten met het groots oppakken van deze uitdaging. Net zoals het nu als een paal boven water staat dat we ons moeten wapenen tegen grote problemen als klimaatverandering en andere dreigende situaties, moeten we ons ook wapenen tegen huidige én naderende gezondheidscrises.

Economisch belang van gezondheid

Ook het economisch belang van gezondheid is groot. In 2023 had 16 procent van de bevolking van 20 jaar of ouder obesitas.[5] De totale kosten van overgewicht en obesitas bedragen bijna 11.500 euro per volwassene met overgewicht/obesitas per jaar. Dit leidt tot een totale kostenpost voor Nederland van ruim 79 miljard euro per jaar, voornamelijk veroorzaakt door verminderde arbeidsproductiviteit en zorgkosten.[6]

Een tweede voorbeeld is roken. SEO Economisch Onderzoek berekende dat de jaarlijkse maatschappelijke kosten van roken tussen de 21 en 43 miljard euro moeten worden geschat. Het middenscenario kwam uit op 33 miljard euro.[7]

Gezondheid draagt bij aan productiviteit en welvaart. Onderzoek[8] toont aan dat 1% meer gezondheid leidt een 4 à 8% hoger bruto binnenlands product (bbp) per inwoner en een hogere arbeidsdeelname. Gezonde mensen zijn productiever, gelukkiger en kunnen beter bijdragen aan de economie. Minder overgewicht leidt tot hogere productie (een 15-2% lagere BMI leidt tot een productiviteitswinst van 300 tot 590 miljoen euro). Een slechte gezondheid leidt vaak tot

5 CBS (2024). *Obesitas afgelopen 40 jaar verdrievoudigd.* https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/10/obesitas-afgelopen-40-jaar-verdrievoudigd.
6 Partnerschap Overgewicht Nederland (z.d.). https://www.partnerschapovergewicht.nl/burden-of-disease-study-of-overweight-and-obesity-nl/.
7 SEO Economisch Onderzoek (2016). *Kosten van roken.* http://www.eindspeltabak.nl/wp-content/uploads/2016/02/2015-53_Kosten_van_roken_01.pdf.
8 Neofytidou, A., & Fountas, S. (2020). The impact of health on GDP: A panel data investigation. *The Journal of Economic Asymmetries*, 21, e00139, https://doi.org/10.1016/j.jeca.2019.e00139.

armoede en armoede leidt tot een slechtere gezondheid, wat weer leidt tot meer ziekteverzuim en uitval[9] op een toch al krappe arbeidsmarkt. Ongezond gedrag ligt ten grondslag aan bijna 20% van de totale ziektelast in Nederland.[10]

Het moge duidelijk zijn dat we niet alleen om economische redenen moeten investeren in gezondheid. Ook de morele plicht om te voorkomen dat mensen ziek worden, zou breed gevoeld moeten worden. Ook de WHO stelt het: *All people have a right to health.*[11]

Het valt niet te ontkennen dat preventieve maatregelen forse economische baten met zich meebrengen. Drie voorbeelden:

- Met infectieziektebestrijding voorkomen we onnodige (grote) uitbraken van infectieziekten met alle inmiddels bekende gevolgen van dien. Van mazelenuitbraak tot coronapandemie: infectieziektebestrijding voorkomt erger: leed én kosten.
- In de jeugdgezondheidszorg wordt gevaccineerd, wordt al vroeg gekeken of er extra zorg nodig is voor een kind of laagdrempelige opvoedondersteuning voor ouders en wordt aandacht besteed aan gezondheidsbedreigende zaken als overgewicht. Belangrijk, want in een grote overzichtsstudie worden de kosten van één kind met obesitas over de gehele levensloop geschat op gemiddeld 150.000 euro meer dan van een kind met gezond gewicht.[12] De Heckman-curve[13] toont aan dat vroege investeringen in kinderen cruciaal zijn, omdat deze later leiden tot meer succes en lagere sociale kosten.
- Soms komt een zwangerschap niet uit bij kwetsbare moeders of gezinnen, met leed en hoge kosten tot gevolg. Voorkomen dat vrouwen ongewenst zwanger worden, voorkomt leed en hoge kosten. Uit een maatschappelijke kosten-batenanalyse[14] bleek dat het programma Nu Niet Zwanger de eerste vier jaar 322 tot 403 euro per deelnemer kost, terwijl de maatschappelijke baten variëren tussen 6.820 en 52.070 euro in het eerste levensjaar van het pasgeboren kind, afhankelijk van de begeleiding die nodig zou zijn na de geboorte.

9 TNO (2007). *Overgewicht, obesitas en verzuim in de Nederlandse werkende bevolking.* https://repository.tno.nl/SingleDoc?find=UID%2043c22851-101c-43ec-93b8-06f74fe6c73f.
10 NHG (2024). *Feiten en cijfers.* https://www.nhg.org/praktijkvoering/leefstijl/feiten-en-cijfers/.
11 WHO (2022). *The right to health.* https://www.who.int/tools/your-life-your-health/know-your-rights/the-right-to-health.
12 Hamilton, D., Dee, A., & Perry, J. (2017). The lifetime costs of overweight and obesity in childhood and adolescence: a systematic review. Obesity reviews 19(4), 452-463, https://doi.org/10.1111/obr.12649.
13 Kansrijke Start - Strategisch Publiek Privaat Partnerschap (2024). *De Heckman curve voor Nederland.* https://www.kansrijkestart-ppp.nl/heckman/.
14 Nu Niet Zwanger (2020). *Denken: Maatschappelijke Kosten en Baten Analyse.* https://www.nuniet-zwanger.nl/instrumenten-en-impact/mkba/.

Deze drie voorbeelden kun je op twee manieren lezen: het glas is halfleeg ('deze kosten komen op ons af') of het glas is halfvol ('met preventie kunnen we deze kosten voorkomen').

Een gezonde bevolking is een weerbare bevolking

De Trendanalyse Nationale Veiligheid 2024 van de NCTV[15] benoemt enkele dreigingen waarmee Nederland te kampen heeft. Een aanzienlijk deel van deze dreigingen heeft invloed op zorg en gezondheid, zoals grootschalige uitbraken van infectieziekten, gevolgen van klimaatverandering (bijv. hitte, overstromingen, natuurbranden, extreem weer) of militaire dreiging.

Beleid moet niet alleen gericht zijn op het verminderen van dreigingen en dus het voorkomen van maatschappelijke ontwrichting; de samenleving moet ook voorbereid worden op maatschappelijke ontwrichting en deze kunnen weerstaan, er adequaat op kunnen reageren en/of zich te kunnen herstellen of aanpassen aan een nieuwe situatie (weerbaarheid). Dat vraagt van inwoners dat zij in staat zijn om lastige omstandigheden het hoofd te bieden en deze tegemoet te treden (veerkracht).

Gezonde mensen zijn weerbaarder en veerkrachtiger. Daarvoor is zowel fysieke als mentale gezondheid van belang. Zo hebben we gezien dat mensen met een kwetsbare gezondheid vaak harder worden getroffen door crises en rampen. Tijdens de coronapandemie kwamen de mensen met onderliggende gezondheidsproblemen en overgewicht vaker op de IC terecht.[16]

Een belangrijke bijdrage van de publieke gezondheidszorg aan weerbaarheid is daarom gezondheidsbescherming en -bevordering, waardoor inwoners fysiek én mentaal beter bestand zijn tegen crises, rampen en andere bedreigingen. Gezien de dreigingen die de NCTV signaleert, is het belangrijk om deze veerkracht en weerbaarheid voortvarend te versterken.

Elke gemeente haar eigen uitdaging

Gemeenten hebben de wettelijke taak om de gezondheid van hun inwoners te monitoren. GGD'en voeren die onderzoeken uit, onder andere met de Gezondheidsmonitors:

- Gezondheidsmonitor Jeugd (klas 2 & 4);
- Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen (16 t/m 25);
- Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (18+).

15 Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (2024). *Hoofdrapport Trendanalyse Nationale Veiligheid 2024*. https://www.nctv.nl/documenten/rapporten/2024/06/25/hoofdrapport-trendanalyse-nationale-veiligheid-2024.

16 https://www.radboudumc.nl/nieuws/2021/patienten-met-obesitas-of-overgewicht-lopen-het-risico-op-een-ernstiger-verloop-covid19?utm_source=chatgpt.com.

Hiermee kan beleid gebaseerd worden op data/feiten en behoeften (lokale/regionale data). Uit de gezondheidsmonitors blijkt duidelijk dat er grote regionale verschillen zijn. Zo varieert als goed ervaren gezondheid per regio tussen 65% en 75% en varieert ervaren stress tussen 17% en 30%.

De oorzaken van gezondheidsverschillen zijn legio: bevolkingssamenstelling, leefstijl, omgevingskenmerken, woonsituatie (stad of platteland), opleidingsniveau, sociaaleconomische status, en ga zo maar door. Elke regio heeft dus een regionaal gezondheidsbeleid nodig. Een regio met veel veehouderij heeft te maken met andere problematiek dan de GGD-regio rond Schiphol of een regio met zware industrie. Een gemeente met veel praktisch opgeleiden vraagt ook om een specifieke aanpak. In Nederland leven mensen met basisonderwijs of vmbo namelijk gemiddeld 5 jaar korter dan mensen met een hbo- of universitaire opleiding, en zelfs 14 jaar in minder goed ervaren gezondheid.[17]

Een oplossing: preventie

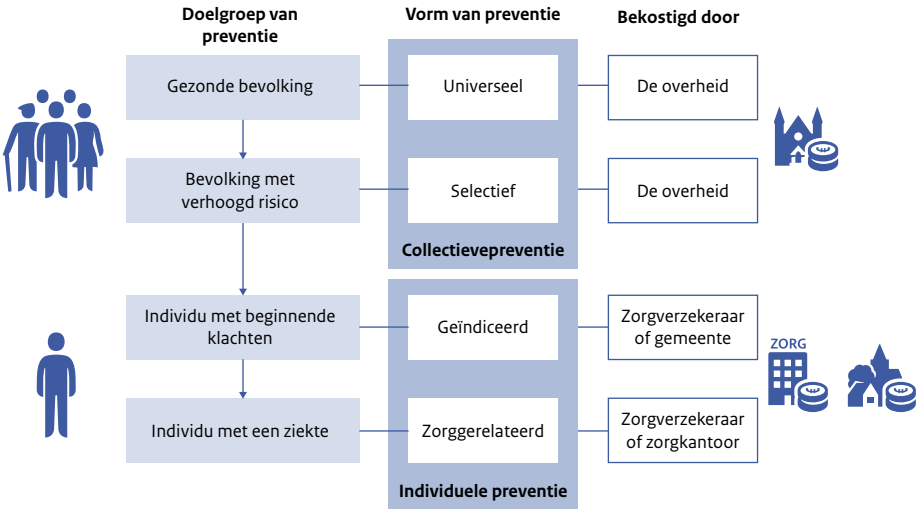
Gelukkig is er ook een positieve noot na de beschrijving van de zorgelijke situatie hiervoor: preventie. In plaats van angstig te kijken naar het naderend onheil hebben we de mogelijkheid om in te grijpen. Door de focus te verschuiven van het beter maken van zieke mensen naar het voorkomen dat mensen ziek worden, is een gezondheidscrisis te voorkomen. De noodzakelijke paradigmashift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag vereist dat de publieke gezondheid een volwaardige plek krijgt in de gezondheidszorg, naast de care en de cure, en dat het financiële kader voor gezondheidsbescherming, -bevordering en -bewaking structureel wordt verstevigd.

Gelukkig hebben we krachtige instrumenten om hier iets aan te doen: met preventieve maatregelen zoals gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering, én met de GGD en GHOR als experts in preventie. En het beste nieuws is: elke gemeente heeft krachtens de Wet publieke gezondheid een GGD waarop ze kan terugvallen. Een publieke organisatie die volledig gespecialiseerd is in gezondheid en de preventie van onnodige ‘ongezondheid’ en ziekte.

Preventie: wie betaalt?

Preventie verwijst naar maatregelen die worden genomen om problemen of ziekten te voorkomen voordat ze ontstaan of verergeren. Binnen de gezondheidszorg en sociale sector wordt preventie ingedeeld in vier vormen: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

17 Ministerie Volksgezondheid en Zorg (2024). Gezonde levensverwachting | Opleiding. https://www.vzinfo.nl/gezonde-levensverwachting/opleiding.



Uit: Op onze gezondheid - de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg[18].

- *Universele preventie* richt zich op de gezonde bevolking of grote groepen zonder specifieke risicofactoren. Voorbeelden hiervan zijn vaccinatieprogramma's en voorlichtingscampagnes over gezonde voeding.
- *Selectieve preventie* richt zich op groepen met een verhoogd risico op een bepaalde aandoening, zoals leefstijlinterventies voor mensen met een erfelijke aanleg voor hart- en vaatziekten.
- *Geïndiceerde preventie* is bedoeld voor individuen die al beginnende klachten of symptomen hebben maar nog niet aan de criteria van een diagnose voldoen. Een voorbeeld is een cursus voor mensen met beginnende depressieve klachten.
- *Zorg gerelateerde preventie* richt zich op mensen met een vastgestelde aandoening om complicaties of verslechtering te voorkomen, zoals revalidatieprogramma's voor hartpatiënten.

De laatste vorm van preventie wordt betaald door de zorgverzekeraar of het zorgkantoor en zal zelden of nooit op de agenda van een gemeente of GGD staan. De tweede vorm van preventie staat bij veel gemeenten op de agenda. Van stoppen-met-roken-programma's tot de Gezonde School. De uitdaging hierbij is vaak de financiële dekking van dit soort interventies.

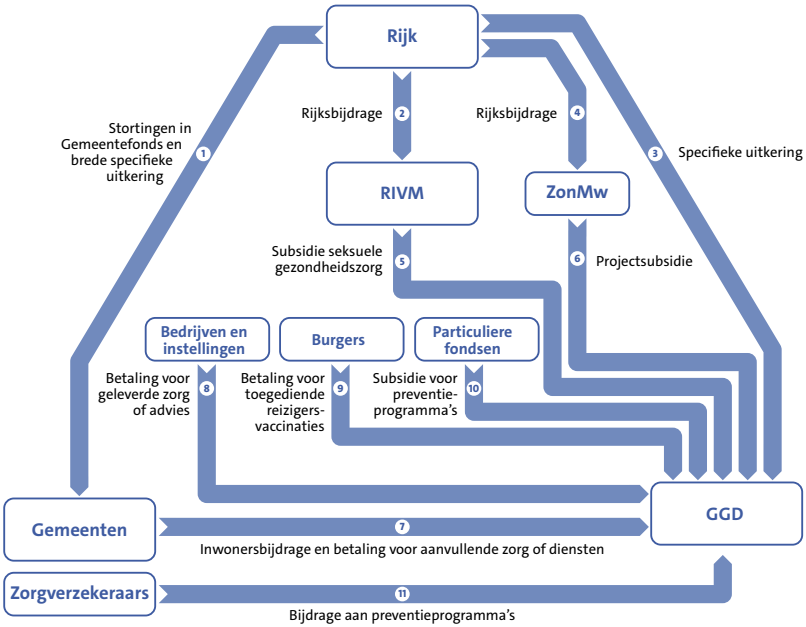
18 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2023). *Op onze gezondheid – de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg.* https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/04/18/op-onze-gezondheid.

In de Wet publieke gezondheid is het Rijk de financier. Het Rijk bekostigt op dit terrein:

- de gemeenten voor hun preventieactiviteiten;
- het RIVM voor kennis, advies en uitvoering van publieke gezondheidstaken;
- zorgaanbieders zoals GGD'en voor uitvoering van bijvoorbeeld vaccinatiezorg en bevolkingsonderzoek;
- GGD'en voor het versterken van de pandemische paraatheid.

Met de focus op de GGD als instrument voor preventie, zien de geldstromen er als volgt uit:

- Vanuit de Rijksoverheid gaat er geld naar RIVM, ZonMW en de gemeenten (gemeentefonds) of via de SPUK's rechtstreeks naar de GGD'en.
- Zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan preventieprogramma's via de GGD.
- Bedrijven en instellingen kunnen de GGD betalen voor geleverde zorg of advies, burgers betalen voor bijvoorbeeld reizigersvaccinaties en particuliere fondsen subsidiëren preventieprogramma's.[19]



Uit: Zó werkt publieke gezondheidszorg – herziene editie

19 De Argumentenfabriek (2024). *Zó werkt publieke gezondheidszorg.* https://www.argumentenfabriek.nl/products/zo-werkt-publieke-gezondheidszorg/.

Bezuinigingen vormen risico voor gezondheid

Er wordt op dit moment rigoureus bezuinigd op belangrijke thema's van de publieke gezondheid, waardoor het moeilijker wordt om mensen gezond te laten leven. De basistaken van de GGD'en komen onder druk te staan en daarmee de gezondheid. Want bezuinigingen stapelen zich op:

- *Gemeentelijke bezuinigingen:* gemeenten krijgen in de jaren na 2026 (het ravijnjaar) minder geld en dat betekent dat zij voor moeilijke keuzes komen te staan. Bezuinigingen op jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding en meer hebben niet alleen tot gevolg dat hun inwoners ongezonder worden, maar ook dat er regionale verschillen ontstaan in de gezondheid, waardoor bestaande gezondheidsverschillen alleen nog maar groter worden.
- *Overige bezuinigingen:* de overheveling van GALA, IZA en Sportmiddelen naar het gemeentefonds, met een korting van 10%, dreigt de lokale preventie ernstig te ondermijnen. Dit kan leiden tot zware bezuinigingen op vitale programma's zoals: bevorderen van mentale gezondheid, de aanpak van overgewicht, stoppen met roken, gezonde leefomgeving, gezonde school, alcoholpreventie en bestrijding van eenzaamheid. Gevolgen: grote risico's voor de volksgezondheid, een toename van de gezondheidsverschillen en een negatieve impact op het welzijn van mensen.
- *Bezuinigingen op pandemische paraatheid:* in de kabinetsplannen staat tot op dit moment een bezuiniging van nog eens 300 miljoen euro structureel op pandemische paraatheid, waarvan 153 miljoen euro voor publieke gezondheid.

Gemeenten komen voor lastige keuzes te staan in een tijd waarin budgetten onder druk staan. Ze krijgen meer verantwoordelijkheden in het sociale en zorgdomein, maar krijgen structureel te weinig middelen. Een onmogelijke situatie. Het moment is gekomen dat bezuinigingen op de publieke gezondheid niet meer op te vangen zijn en dus voelbaar worden voor de inwoners van Nederland.

Eigen keuze of publieke zaak?

Op sommige gezondheid beïnvloedende factoren heeft het individu geen invloed: klimaat, leefomgeving (luchtkwaliteit, geluidshinder), voedselomgeving, openbare ruimte die uitnodigt tot bewegen etc. Daar ligt een verantwoordelijkheid voor de landelijke en lokale politiek. De GGD'en adviseren gemeenten op deze thema's.

Maria Jansen, hoogleraar Populatiegericht Gezondheidsbeleid aan de Universiteit Maastricht, concludeerde eerder dat gezondheid een publieke kwestie is.[20] Ze noemde drie argumenten: gezondheidsbescherming met collectieve maatregelen is effectiever dan individuele leefstijlzorg, omgevingsfactoren zijn van

20 Jansen, M. (2022). *Gezondheid, een publieke kwestie!* Afscheidsrede uitgesproken ter gelegenheid van haar afscheid als hoogleraar Populatiegericht Gezondheidsbeleid aan de Universiteit Maastricht. 15 juli 2022.

grotere invloed dan individueel gedrag, en de ongelijke en oneerlijke verdeling van gezondheid maakt bijsturen door de overheid noodzakelijk. En ook waar een publieke verantwoordelijkheid ligt om mogelijk te maken dat mensen gezond kunnen leven, hebben mensen de vrijheid om hun eigen keuzes te maken.

Een nationaal belang: geen droom maar doel

De voorspellingen op dit moment zijn ongunstig. En dan gaat het niet over *hot items* als de geopolitieke situatie of dreigende klimaatcrisis, maar over een crisis op een persoonlijk én collectief zeer ingrijpend terrein: gezondheid. De andere, goede kant van de medaille is dat met preventieve maatregelen het tij gekeerd kan worden. Gemeenten kunnen gezondheid hoog op de agenda zetten en in al hun beleidsterreinen een rol geven. Een gezond Nederland betekent dat we weerbaar zijn tegen dreigingen, dat er rust in het zorgstelsel is en dat de wachtlijsten afnemen of zelfs verdwijnen. Bovendien profiteert onze economie en dus onze samenleving als geheel hiervan. Een gezond Nederland is van nationaal belang. Wanneer we dit als doel in plaats van als droom formuleren, vergroten we de kans op een gezond Nederland fors.

Op onze gezondheid: voorbij de schaarste door scheefte

Marleen Kraaij-Dirkzwager, Martijn van der Steen, Jet Bussemaker[1]

Elke vier jaar schetst het RIVM de toekomstige uitdagingen voor de Nederlandse volksgezondheid. De *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024* laat zien dat met ongewijzigd beleid de zorgkosten in 2050 bijna zullen verdubbelen.[2] Net als de WRR in het rapport *Kiezen voor houdbare zorg*[3] roept het RIVM met deze analyse een urgente vraag op: maken we de juiste keuzes in hoe we ons gezamenlijke geld en onze menskracht inzetten voor gezondheid en welzijn?

In discussies over publieke voorzieningen – zoals zorg, huisvesting en onderwijs – klinkt steeds vaker de wens om beschikbare middelen slimmer en rechtvaardig te verdelen. Het dominante frame is dat van schaarste: middelen zijn schaars, dus moeten scherpe en veelal pijnlijke keuzes worden gemaakt. Betrokkenen in en rond de zorg – van inwoners, patiënten, cliënten en professionals tot zorginstellingen en overheden – worden 'uitgenodigd' om zich mede in te zetten voor het vergroten van doelmatigheid en het schrappen van 'niet-urgente zorg'. Dat klinkt logisch. Maar het frame is tegelijkertijd bedrieglijk. Het gaat namelijk niet alleen om schaarste, maar ook om scheefte in de besteding van financiële middelen en inzet van menskracht. De zorg is als een vijver met een scheve waterverdeling: op sommige plekken is het diep, maar op veel andere plekken staat de vijver nagenoeg droog – juist daar waar grote gezondheidswinst en kwaliteit van (samen) leven te behalen valt.

Het overgrote deel van het zorgbudget gaat naar de behandeling van gezondheidsproblemen; systematische inzet op het voorkomen van gezondheidsklachten blijft achter. Deze observatie, *schaarste door* scheefte, is niet nieuw. De onderliggende principes in onze zorgverlening zijn al decennialang opmerkelijk stabiel – wellicht wordt de zorgverlening steeds slimmer uitgevoerd, maar niet wezenlijk anders. Het resultaat: een toenemende scheefgroei in volume en productie van veelal technologische en farmaceutische zorg. Geregeld zuchten professionals en

1 M.M. Kraaij – Dirkzwager, arts Maatschappij + Gezondheid, raadslid Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
Prof. dr. M. van der Steen, raadslid Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, decaan NSOB en bijzonder hoogleraar ESSB Erasmus Universiteit Rotterdam.
Prof. dr. M. Bussemaker, voorzitter Raad voor Volksgezondheid & Samenleving en hoogleraar Beleid, wetenschap en maatschappelijke impact Universiteit Leiden/LUMC.

2 RIVM (2024). *Zorggebruik en zorguitgaven / Trendscenario VTV-2024.* https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/trendscenario/zorggebruik-zorguitgaven.

3 WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.* https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg.

bestuurders betrokken bij preventie en buurtwerk: 'Als wíj maar 1% van het budget dat omgaat in de curatieve zorg zouden krijgen ...' Vaak gevolgd door prachtige ideeën om de volksgezondheid en samenleving te versterken. Tegelijk groeit het besef hoe ingewikkeld herverdeling is in een land met zoveel losse wetten, regelingen en rechten.

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) wijst met regelmaat op maatschappelijke veranderingen die vragen om herbezinning op hoe we onze zorg en ondersteuning organiseren. In dit essay beschrijven we kerninzichten uit enkele recente RVS-rapporten, met een hernieuwd appel om meer beleid te ontwikkelen vanuit sociale determinanten van gezondheid. Ook verkennen we welke arrangementen nodig zijn om dit perspectief structureel te borgen – met bijzondere aandacht voor de rol en financiële positie van medeoverheden.

De samenleving verandert, de zorg nog niet

In *Gezondheidsverschillen Voorbij* (2020) en *Eerlijke kans op gezond leven* (2021) laat de RVS zien hoe sociale en individuele determinanten van gezondheid samenhangen en diepe gezondheidskloven in stand houden.

In *Passende zorg is inclusieve zorg* (2022) wijst de Raad op de veranderende demografie in Nederland. We leven met vijf generaties samen, onze culturele diversiteit is groter dan ooit, en het wordt steeds duidelijker dat onze stelsels flinke drempels opwerpen voor mensen die minder taalvaardig of cognitief sterk zijn. Tel daar de medische en technologische vooruitgang bij op – zoals *personalized medicine* – en de spanning wordt voelbaar: hoe doen we recht aan de gezondheid van zó veel verschillende mensen? De bundel *(On)verschillig* laat zien dat zorg nog lang niet inclusief is en soms zelfs discrimineert. Wie echt gelijke kansen op gezondheid wil, moet zorgen dat het aanbod aansluit bij uiteenlopende behoeften.

In *De Basis op Orde* (2023) schetst de RVS hoe de eerstelijnszorg – het samenspel van wijkverpleging, huisartsenzorg en het sociaal domein – steeds meer onder druk staat. De samenleving lijkt hoge, soms onrealistische verwachtingen te koesteren jegens zorgverleners. Tegelijk neemt het beroep op de eerstelijnszorg toe door verdere specialisatie in de zorg en groeiende wachtlijsten elders. Dat is onhoudbaar. De Raad pleit voor versterking van de eerstelijnszorg met een populatiegerichte aanpak, afgestemd op de behoeften van mensen in hun leefomgeving.

In *Met de stroom mee* (2023) benadrukt de RVS de noodzaak van groot onderhoud aan het zorgstelsel. De uitwerking van verschillende wetten komt samen in het (gezins-)leven van zorgvragers en zorginstellingen. Dat wringt – zeker wanneer mensen zorg of ondersteuning nodig hebben vanuit meerdere wettelijke kaders. De Raad erkent dat geen enkel stelsel ideaal is, maar stelt dat het huidige stelsel te vaak een te grote barrière vormt voor zorgverleners en bestuurders die werken

aan toekomstbestendige zorg. De Raad pleit voor een adaptief en lerend stelsel, dat aansluit bij veranderende zorgvragen.

In *Van Overleven naar Bloei (2024)*, ten slotte, pleit de Raad voor afscheid van zelfredzaamheid als vanzelfsprekende beleidsgrondslag. Beleid wordt volgens de raad menswaardiger én effectiever als het uitgaat van autonomie, verbondenheid en het benutten van iemands talenten.

De volksgezondheid verslechtert: zorg biedt geen antwoord op maatschappelijke uitdagingen

Wat de genoemde rapporten delen, is de conclusie dat de huidige organisatie van zorg niet leidt tot betere volksgezondheid. Ondanks alle inspanningen – en flinke investeringen – lukt het nauwelijks om het bestaande niveau vast te houden.

Dankzij technologische vooruitgang gaat het sommige mensen beter, maar structurele gezondheidsverschillen blijven bestaan en het aantal chronisch zieken neemt toe. Per saldo verslechtert de volksgezondheid. Tegelijk belemmert de manier waarop zorg, werk en samenleving zijn ingericht dat mensen sámen gezond kunnen leven. Juist in een tijd waarin maatschappelijke uitdagingen vragen om verbinding en inclusie, is een fundamenteel ander denkkader nodig – en dáárvoor pleiten de rapporten.

Publieke gezondheidszorg, zo stelt de RVS in *Op Onze Gezondheid* (2023), is datgene wat wij als samenleving doen om de volksgezondheid te beschermen**.** Die zorg is de afgelopen decennia verwaarloosd. Preventie is versnipperd en vrijblijvend geworden; het fundament is verzwakt. De dreigingen voor verdere verslechtering zijn talrijk: bestaansonzekerheid, groei van het aantal onverzekerden, de klimaatcrisis, oorlogsdreiging en de daaruit voortvloeiende energiecrisis, inflatie en pandemieën.

Daarom is optimalisatie van het bestaande beleid onvoldoende. Het gaat niet om sneller, slimmer, productiever of zuiniger, maar om een fundamenteel andere koers. Niet de schaarste verdelen, maar de scheefheid aanpakken. Niet alleen investeren aan het einde van de keten, maar juist ook aan het begin: in preventie, omgeving en de hele levensloop.

Om écht te doen wat nodig is om onze volksgezondheid te beschermen, moeten we het fundament van de publieke gezondheidszorg versterken. Dat vraagt om herinvestering daar waar de publieke winst het grootst is, herijking van het dominante individuele zorgframe én een governancestructuur die recht doet aan de noodzaak van samenhangend beleid.

Van principes naar beleid: health in and for all policies

De RVS pleit voor werken vanuit het principe *health in and for all policies*. Gezondheid is niet alleen een doel op zich, maar ook een noodzakelijk middel om bredere maatschappelijke doelen te realiseren. Dat idee is niet nieuw. Al in 1986 riep het Ottawa Charter op tot samenwerking *buiten* de zorg om gezondheid te bevorderen. In 2006 werd het concept *health in all policies* internationaal omarmd. Het spoort overheden aan om bij beleid op terreinen als onderwijs, werk, wonen en mobiliteit expliciet rekening te houden met de effecten op gezondheid. En ook omgekeerd: bij gezondheidsbeleid moet meegewogen worden wat effecten op andere terreinen zijn. Het principe *health in and for all policies* benadrukt *de wisselwerking* tussen gezondheid en ander beleid. Gezondheid wordt daarmee erkend als iets wat onlosmakelijk verbonden is met alles wat het (samen)leven betekenis en kwaliteit geeft. Grote gezondheidsverschillen of structurele ongezondheid ondermijnen bijvoorbeeld een welvarende economie, een veilige leefomgeving of een sterk sociaal netwerk. Die zijn immers direct afhankelijk van een bevolking die gezond is, en in staat én bereid is om bij te dragen.

De werkelijkheid blijkt weerbarstig.

Volgens de analyse van de RVS vormen de huidige interdepartementale grenzen en de scheidslijnen tussen Rijk, provincies en gemeenten een belemmering voor een *health in and for all policies*-aanpak. De praktijk laat zien dat initiatieven vaak kortdurend, vrijblijvend en gefocust op individuele leefstijl blijven. Hoe zou het beleid voor onze opgroeiende jeugd eruit kunnen zien als we meer gezamenlijk werk maken van *Kinderen uit de Knel* (2023), en effectief investeren in ouders, gezinssystemen en het samenleven op en rond school? Hoe zou ons beleid eruitzien als we sterker inzetten op het vereenvoudigen van schuldhulpverlening, en wet- en regelgeving zo vormgeven dat mensen nooit meer door het handelen van de overheid in problematische schulden belanden – zoals geadviseerd in *Van Schuld naar Schone Lei* (2020)? En hoe zou samenleven in een vergrijzende samenleving eruit kunnen zien als we werkelijk redeneren vanuit de waarde van ouder worden, zoals beschreven in *De derde levensfase: het geschenk van de eeuw* (2020)?

Maatschappelijk bewustzijn rondom waarde publieke gezondheidszorg groeit

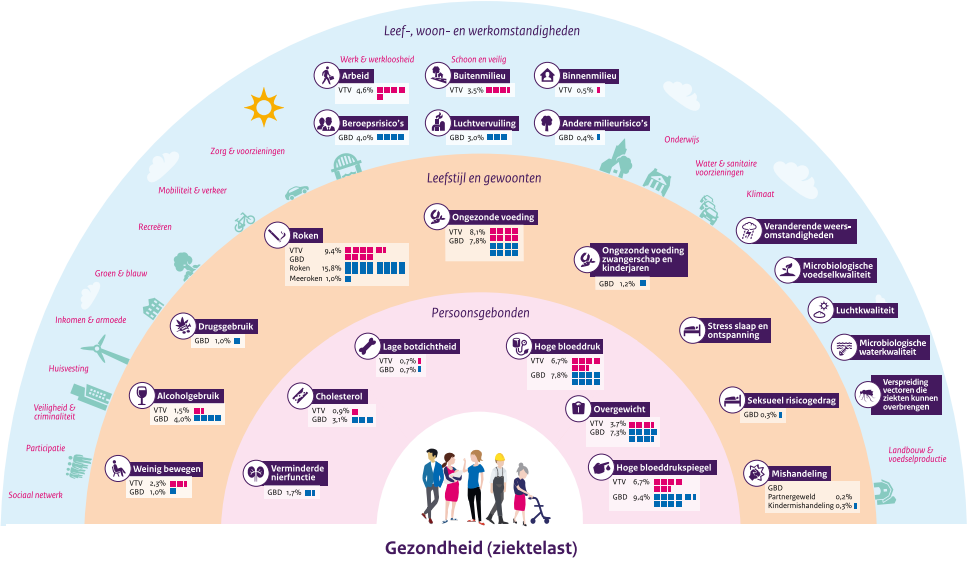
We zijn gewend geraakt om bij vragen over gezondheid en zorg te denken in individuele rechten en voorzieningen. De begrotingsvisualisaties van het ministerie van Financiën[4] illustreren dit paradigma. De grootste uitgaven zitten in de Zorgverzekeringswet (66 miljard euro), de Wet langdurige zorg (39 miljard euro) en de oudedagsvoorziening (55 miljard euro). Alle drie zijn gericht op het individu – en alle drie zijn in hun huidige vorm onhoudbaar. Ook de discussies over de

4 Ministerie van Financiën - Rijksoverheid (zonder datum). *Begrotingsvisualisaties.* https://www.rijksfinancien.nl/begrotingsvisualisaties.

toekomst van de jeugdzorg maken voelbaar waar de grenzen liggen van het huidige, individueel gerichte paradigma in zorg en welzijn. De vraag naar individuele ondersteuning groeit sneller dan onze menskracht en financiële middelen in de huidige organisatievorm kunnen dragen.

Tegelijk groeit, mede door al deze gesprekken, het besef van het belang van samenspel – tussen bestuurders, professionals en het sociale netwerk van mensen zelf. Dat biedt kansen voor verandering. Maar juist deze vorm van collectief en samenhangend optreden kent nauwelijks bekostiging. Daardoor is het voor zorgverleners en bestuurders lastig om dit pad in te slaan. Waar het wél lukt, is dat vaak te danken aan individuele bestuurlijke lef en persoonlijke moed. En hoewel dat prijzenswaardig is – en echt verschil kan maken – zijn lef en moed geen structurele basis voor systeemverandering.

Echte verandering ontstaat wanneer een nieuw perspectief systematisch wordt geïntroduceerd. In dit geval betekent dat: eerder en breder kijken, vanuit de *health in and for all policies*-benadering. Publieke gezondheidszorg als fundament voor een gezonde samenleving vraagt het omzetten van twee wissels: van individu naar groep en van zorg naar samenleving. Juist waar debatten over zorg(geld) nu polariseren of vastlopen, kan het gesprek over (her)investeringen in sociale determinanten beweging brengen. Sociale determinanten zijn de maatschappelijke factoren die iemands kansen op gezondheid of ziekte beïnvloeden, zoals werk, inkomen, opleiding, leefomgeving en toegang tot zorg (zie figuur 1 – blauwe cirkel).



Figuur 1. Impactvolle determinanten van gezondheid. RIVM (2021). Te downloaden via Factsheet impactvolle determinanten | RIVM

Investeren in sociale determinanten, en daarmee in onze samenleving, biedt ruimte en perspectief – we richten ons dan niet op schaarste, maar op scheefte. Die scheefte vraagt weliswaar om diepe verandering – maar daarvoor hoeft niet 'alles anders'. Integendeel: het gaat om een overzichtelijk deel van de middelen waarmee meteen al groot verschil kan worden gemaakt. In de rapporten *Een eerlijke kans op gezond leven* (2021) en *Op Onze Gezondheid* (2023) pleit de RVS ervoor om 2% van de VWS-begroting te investeren in beleid dat de sociale determinanten van gezondheid versterkt en de publieke gezondheidszorg verbetert.

Zo'n fundamentele verschuiving vraagt natuurlijk om een heldere visie op het samenspel tussen overheden (Rijk, provincies, gemeenten) en hun primaire partners – zoals zorgverzekeraars, werkgevers en inwoners. Ervaring in praktijken waarin dit al gebeurt, laat zien: zodra betrokkenen het gedeelde principe (h) erkennen – breder kijken, eerder handelen, collectief gericht – zijn zij heel goed in staat hun bestuurlijke samenspel en strategieën daarop aan te passen.

De besteding van die 2% vereist dus vooral overeenstemming over dat gedeelde principe. De concrete invulling kan gebouwd worden op succesvolle praktijken die er - tegen de stroom in – al zijn.

Lange adem vereist institutionele vertaling en borging

De hier beschreven principes kunnen in projecten hun eerste vorm krijgen. Maar om het beoogde effect te realiseren – de scheefte oplossen om meer schaarste te voorkomen – is een lange adem nodig. Het gaat niet om leuke extraatjes naast het reguliere systeem, maar om systematische toepassing van andere principes, in ieder geval voor die 2%. Dergelijke verandering ontstaat niet van vandaag op morgen. Dat vraagt om een langetermijnvisie, volharding in investeringen én blijvend zicht op de determinanten van (on)gezondheid. In systeemtaal: het vraagt om institutionele vertaling en borging. Simpel gezegd: we hebben structuren nodig waarin die andere principes verankerd zijn – zodat het niet meer afhangt van individuele moed, maar dat het systeem zélf de wissels in de beoogde richting heeft staan.

Daarom pleit de RVS voor wettelijk vastgelegde gezondheidsdoelen, gebaseerd op sociale determinanten. Tegelijkertijd waarschuwt de Raad voor een te smalle benadering: met focus op makkelijk meetbare doelen, individuele leefstijl en kortetermijnresultaten – een tendens die nadrukkelijk op de loer ligt in onze samenleving. Alleen als we de onderliggende principes daadwerkelijk gewicht geven, kunnen ze structureel meewegen in beleidsafwegingen.

De Raad koppelt dit advies aan de aanbeveling om een onafhankelijke publieke figuur aan te stellen – iemand die, los van politieke kleur of kabinetsperiode, goede initiatieven kan signaleren, versterken en duurzaam borgen.

Voor deze functie kiest de RVS bewust de term *regeringscommissaris*, geïnspireerd op de breed gewaardeerde Deltacommissaris.

De Raad vindt dat expliciete publieke sturing essentieel is om recht te doen aan publieke waarden zoals toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg – en om voorbij de scheefte te komen. Daarvoor zoekt de Raad de overheidsinzet niet alleen in wetgeving of gerichte (her)investeringen, maar ook in een persoon. Een publieke bestuurder, die als hoeder van publieke belangen en waakhond van publieke waarden optreedt.

De rol van deze commissaris is dubbelzinnig van aard. Enerzijds is het een hiërarchische figuur die – als daarin bij het ontwerpen van de functie wordt voorzien – indien nodig naleving kan afdwingen; anderzijds is de essentie van de functie juist gelegen in dialoog en samenwerking – het op gang brengen van dialoog waarin betrokkenen uit eigen beweging meewerken. Dat gaat dus niet zozeer om macht, maar vooral ook om gezag. We zien dat terug in succesvolle voorbeelden, zoals bij de Deltacommissaris op het terrein van klimaatadaptatie. Daar gaat de normerende werking van de kaderende Deltabeslissingen direct samen met tot in de haarvaten interactieve samenwerkingsprocessen tussen betrokkenen.

De regeringscommissaris opereert nadrukkelijk *te midden* van Rijksoverheid, medeoverheden en veldpartijen. Het is dus geen 'overheidsfeestje' – en zeker geen instrument van het Rijk om andere overheden bij de les te houden. Dat is een belangrijk uitgangspunt: het laatste wat men in een drukbezet institutioneel landschap nodig heeft, is nóg een bevelvoerende autoriteit. Gezocht wordt naar een persoon die in haar of zijn activiteiten de verbinding weet te leggen. Verbinding tussen beleidsbepalers op verschillende schaalniveaus – van initiatieven in de wijk tot gemeenten, regio's en het Rijk (*multi-level governance*). En verbinding tussen initiatieven rond de sociale determinanten van gezondheid en de zorgverlening (*multi-sector governance*).

Afwegingen kunnen lokaal anders uitpakken dan op Rijksniveau gewenst is – en vice versa. Welk belang weegt dan zwaarder? De commissaris kan, vanuit de in de wet vastgelegde principes, partijen samenbrengen om binnen en tussen verschillende bestuurslagen tot consensus te komen over prioriteiten: samen beoordelen welke waardenafwegingen ter plaatse nodig zijn en welke route het meest bijdraagt aan *structurele* verandering. Waar het om gaat, is dat partijen geholpen worden om – vanuit het perspectief van *breed, vroeg en collectief* – gezamenlijk te investeren in het verbeteren van de volksgezondheid. Dat vraagt om coördinatie van inzet én het vermogen om unieke middelen van betrokken partijen met elkaar te verweven. En als dat nodig is: prioriteren, bemiddelen, richting geven.

Let wel: dat is geen utopisch verlangen naar samenwerking, maar een realistische praktijk – die zich in andere, even complexe dossiers al ruimschoots heeft bewe-

zen. In dat opzicht is er niets 'experimenteels' aan de voorgestelde constructie: ze is beproefd – en we weten goed welke factoren haar kunnen versterken, of juist beperken.

Recht maken wat scheef is: gemeentelijke autonomie in verbondenheid

Het gesprek over geld en gezondheid is geen open, vrij gesprek. Er staat veel op het spel. De interbestuurlijke verhoudingen tussen Rijk en medeoverheden zijn ernstig verstoord. Een belangrijk deel van dat conflict raakt aan taken in de (publieke) gezondheidszorg. Het denken in schaarste voedt dit hoogoplopende – en buitengewoon schadelijke – conflict. Het bedreigt de kwaliteit van zorg én kwaliteit van leven voor inwoners.

En toch biedt dat ook hoop. Als de verdeling van schaarste hét probleem vormt in de bestuurlijke verhoudingen, kan het aanpakken van de scheefte juist veel ruimte bieden. Het bevrijdt betrokken partijen uit de *zero sum game* waarin elke winst van de één automatisch verlies is voor de ander. Door de scheefte aan te pakken ontstaat ruimte voor een andere beweging: samen de schouders zetten onder verbetering van de volksgezondheid, middelen en bevoegdheden in elkaars verlengde leggen, en werken vanuit een *positive sum game* – waarin de winst van de één ook winst voor de ander mogelijk maakt.

Een verandering van perspectief – breder, eerder, collectiever – maakt deze beweging mogelijk. Maar dat vraagt wél om een verandering van principes. En die principes vereisen op hun beurt institutionele borging en verankering: in wetten en regels, in dwingende kaders, en in een publieke bestuurder die met gezag tussen de bestuurlijke linies opereert, en waar nodig boven die linies kan uitstijgen.

Juist door in enige mate afstand te doen van eigen autonomie, ontstaat de ruimte om vrijwillig te doen wat collectief nodig is. Zo pakken partijen gezamenlijk het probleem van schaarste aan, verlichten ze de acute financiële druk op gemeenten én het Rijk, én wordt het mogelijk om de volksgezondheid daadwerkelijk te verbeteren. Zo kan de publieke gezondheidszorg weer een stevig, gedeeld fundament krijgen. Niet strijden om schaarste, maar samenwerken aan het herstellen van de scheefte.

LITERATUUR

- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *Gezondheidsverschillen voorbij*, oktober 2020.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *Eerlijke kans op gezond leven*, april 2021.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *Passende zorg is inclusieve zorg*, december 2022.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *Met de stroom mee*, juni 2023.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *Kinderen uit de* knel, december 2023.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *Van Overleven naar Bloeien*, februari 2024.

- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *De Basis op Orde*, april 2024.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *Op onze gezondheid - de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg*, april 2024.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *Van schuld naar schone lei*, april 2022
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, *De derde levensfase: het geschenk van de eeuw*, januari 2020

De kramp eraf door klare keuzes

Eelco Eerenberg & Rienk Janssens[1]

In het kort

- De drieslag geld, gezondheid en gemeente hebben meervoudig met elkaar te maken.
- Gezondheidsproblemen gaan vaak samen met geen werk en minder participatie. Een persoon in de bijstand betekent voor gemeenten ook aanpalende gezondheidskosten.
- Gemeenten leggen steeds vaker de verbinding tussen bestaanszekerheid, kansengelijkheid en gezond leven, vaak tegen de huidige financieringsstromen in.
- In de genoemde drieslag moet de kramp om te durven investeren eraf en de continuïteit erop: dat is goed voor individuen, organisaties, overheden en samenleving.
- In plaats van preventie is het beter te spreken van maatschappelijke investeringen die zich óók financieel kunnen uitbetalen. Maar niet alle preventie leidt (direct) tot besparingen.
- Investeren in een gezondere samenleving vraagt inzicht in belemmerende factoren, zoals het wrong pocket-principe, de afwezigheid van een multipliereffect en allerlei wettelijke en juridische belemmeringen.
- De weg eruit bestaat uit twee stappen. Allereerst zijn heldere keuzes en prioritering nodig om te kunnen investeren in wat voor inwoners van waarde is en waar gemeenten van zijn. Naast de vaak bepleite wettelijke verankering van 'preventieve functies' is het benoemen en borgen van een aantal basisfunctionaliteiten op het snijvlak van medisch en sociaal een serieuze optie. Als tweede is structurele (voor)financiering van deze basisfunctionaliteiten nodig.
- Voorfinanciering kan op twee manieren plaatsvinden: via een schuif in de macrobegroting of via een of meer revolverende fondsen, waarbij de partij die de baten van de investeringen ontvangt, ook (mede)verantwoordelijk is voor de (nieuwe) inleg.

Gezondheid staat niet op zichzelf

Geld, gezondheid, gemeenten, het thema van deze bundel. Een interessante drieslag, met verschillende lagen en perspectieven. Het perspectief dat inwoners het meest raakt, is dat van de gezondheidsverschillen, die (steeds meer) sociale

1 Eelco Eerenberg is wethouder bij de gemeente Utrecht. Rienk Janssens is sociaal strateeg bij de VNG.

impact hebben, met geld – of liever gezegd het gebrek daaraan – als belangrijke factor.

De SER zette het onlangs nog op een rij (SER 2024). [2] Mensen leven langer, maar de onderlinge verschillen nemen toe. Theoretisch opgeleiden leven gemiddeld 5 jaar langer en bovendien 14 jaar in betere gezondheidstoestand dan praktisch geschoolden. Mensen met gezondheidsproblemen nemen minder deel aan het arbeidsproces en hebben minder inkomsten. Kinderen die in armoede opgroeien, krijgen later in hun gezondheidsontwikkeling daarvan de rekening gepresenteerd. De boodschap van de SER is dan ook duidelijk: kijk bij de aanpak niet naar het gezondheidsdomein zelf maar vooral naar achterliggende (maatschappelijke) factoren die deze gezondheidsverschillen kunnen verklaren. De plek waar je woont, de opleiding die je volgt, ze zijn mede bepalend voor hoe gezond je bent. Gezondheidsverschillen gaan hand in hand met kansenongelijkheid, waarbij de wijk waar je opgroeit een niet onbelangrijke factor is (vergelijk interviews VNG).[3]

Een recent advies van het SCP over de bijstand bevestigde deze onderlinge verbanden (SCP 2023).[4] Bijstandsgerechtigden hebben te maken met een stapeling van problematiek. Ze hebben niet alleen geen werk, ze hebben ook bovengemiddeld meer schulden, een slechtere gezondheid en een kleiner sociaal netwerk. Ze nemen minder deel aan vrijetijdsactiviteiten en zijn eenzamer dan mensen zonder bijstand. Toeleiding naar betaald werk is voor een aanzienlijk deel van hen niet weggelegd, een reden dat het SCP vooral een 'brede blik op bijstand' (de titel van bovengenoemd rapport) bepleit. Dit vraagt wat van gemeenten. Grof gezegd: elke persoon in de bijstand betekent niet alleen bijstandskosten, maar ook aanpalende gezondheidskosten. Om die reden is bij de verdeling van de BUIG-gelden[5] weliswaar rekening gehouden met kosten voor huisarts, ziekenhuis en bijvoorbeeld gebruik van GGZ en medicijnen, maar dat is lang niet altijd voldoende. Bovendien vraagt zo'n brede blik vooral om een domein overstijgende gemeentelijke aanpak, bijvoorbeeld als antwoord op het feit dat de stapeling van voorzieningen (bijstand met bijvoorbeeld re-integratie of Wmo-gebruik) eerder toe- dan afneemt (SCP 2021).[6]

De onderlinge relaties en de noodzaak tot een brede blik hebben ertoe geleid dat gemeenten steeds vaker de verbinding leggen tussen investeren in bestaanszekerheid, kansengelijkheid en een gezond leven (zie De waarde van het sociaal domein 2023).[7] Werk is belangrijk, al is het niet overal de panacee. Het gaat om. breed kijken naar wat mensen nodig hebben en vanuit die breedte investeren in

2 https://www.ser.nl/nl/Publicaties/sociaal-economische-gezondheidsverschillen.
3 https://vng.nl/artikelen/interviews-het-bestuurlijke-gezicht-van-kansengelijkheid.
4 https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2023/06/09/een-brede-blik-op-bijstand.
5 Gebundelde uitkering (BUIG) | Divosa.
6 Voorzieningen in 3D | Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau.
7 De waarde van het sociaal domein.

mensen en in de lokale samenleving, landelijk en lokaal. Als mensen zeker zijn van inkomen, meer deelnemen aan de maatschappij, kansen hebben om naar vermogen hun talenten te ontwikkelen, dan heeft dat een positieve impact op hun gezondheid en welbevinden.

Stress en kramp

Mooie woorden, maar hoe komen we daar? Dit essay geeft een aantal richtlijnen, met als rode draad dat *de kramp eraf moet om te investeren in wat waarde heeft.* Kramp is doorgaans een teken van ongezonde spanning en zorgt voor ondoordachte beslissingen die de spanning eerder verergeren dan verbeteren. Dat geldt niet alleen voor individuen, maar – en dat is het voornaamste punt dat we willen maken – ook voor organisaties, overheden en zelfs samenlevingen.

Van mensen met schulden is bekend dat ze vaak voortdurend in een stresssituatie leven. Dat leidt tot gedragspatronen die voortkomen uit een verklaarbare vorm van blikvernauwing. Geldgebrek leidt ertoe dat mensen nauwelijks oog hebben voor andere zaken. Ze kijken niet vooruit en denken weinig na over hun toekomst. Ze zijn aan het overleven en dichten dagelijks het ene gat met stopmiddelen uit het andere. Schulden verlagen het zelfbeeld van mensen, maken dat ze zich stressvoller tegenover hun kinderen opstellen en leiden tot gezondheidsverlies, met zelfs depressie, angsten en verslaving als gevolg (Trimbos 2021).[8]

Wat echter voor het individu geldt, geldt ook voor instanties. Organisaties die moeten vechten voor hun voortbestaan, zijn minder productief. Welzijnsinstellingen die elk jaar moeten concurreren in een aanbesteding, hebben minder tijd voor het eigenlijke werk en kennen een hoog arbeidsverloop. Continuïteit is nog altijd een van de belangrijkste voorwaarden voor een goed functionerend sociaal domein (Het geheim van de lange relatie).[9]

Dat geldt evengoed voor gemeenten, en daarmee komen we op een tweede en diepere laag van de drieslag geld, gezondheid, gemeenten. De druk van het veelbesproken ravijnjaar 2026[10] legt een hypotheek op het voortbestaan van allerlei basale voorzieningen: van zwembaden, bibliotheken en cultuur tot woningbouw, veiligheid en wegenonderhoud. In de jeugdhulp hebben eerdere bezuinigingen en toekomstige besparingen een enorme klem gezet op de inhoudelijke vernieuwing en transformatie, aldus het rapport van de deskundigencommissie.[11] Een wending ten goede kan er alleen komen als de stress en de financiële wurggreep eraf gaan, is de kern van haar uitspraak.

Twee kanten van preventie

8 Diepe schulden trigger voor angst en depressie - Trimbos-instituut.
9 'Permanente vernieuwingsdrang ondermijnt het sociaal domein' | VNG.
10 Gemeenten vallen in financieel ravijn | VNG.
11 Deskundigencommissie | VNG.

Om het tij te keren komt al gauw de toverformule van preventie om de hoek kijken. En inderdaad heeft preventie veel potentie, al heeft ze ook valkuilen. Wie denkt via preventieve maatregelen direct geld te besparen, kan bedrogen uitkomen. Preventie in sec de zorgketen kan tot extra kosten leiden, met als meest bekende voorbeeld het stoppen met roken. De persoon in kwestie leeft weliswaar langer, maar vergroot daarmee tegelijk de kans om op latere leeftijd andere ziektes te krijgen, met een langere periode van hulpbehoevendheid en opname in een verpleeghuis tot gevolg (zie Wouterse ESB 2020).[12] Ook andere averechtse effecten liggen op de loer. Extreme hygiënische voorschriften om een volgende pandemie te voorkomen kunnen bijvoorbeeld leiden tot een allesresistente superbacterie die zonder die voorschriften zich waarschijnlijk niet had ontwikkeld (vergelijk Preventieparadox).[13]

Principiëler heeft preventie als *sturingsinstrument* het risico van verregaande overheidsbeïnvloeding, waarbij niet langer het recht de bron is van het overheidsoptreden (waarbij inwoners bij het optreden van problemen achteraf recht hebben op voorzieningen) maar de overheid haar inwoners stuurt om problemen vóór te zijn. De WRR noemde dat ooit 'de last van het gedrag' (WRR 2003).[14] Als mensen schulden hebben of ongezond leven, heeft de samenleving daar last van. Ze leven dan niet gezond, gaan niet verstandig met geld om, en erger: ze leven niet hoe het volgens de heersende normen zou kunnen. In het uiterste geval leidt dit tot een preventiestaat met gevolgen voor privacy, ouderlijk gezag, vrije wil en allerlei aansprakelijkstellingen (Rik Peeters 2013).[15]

In plaats van preventie kunnen we daarom beter spreken van en inzetten op investeren in wat maatschappelijk van waarde is en wat zich – mits doordacht ingezet – ook financieel kán uitbetalen (vergelijk VNG, Tijdig en doordacht 2019).[16] Het is vanzelfsprekend goed om te investeren in een gezonde en veerkrachtige samenleving, sterker: het is een kerntaak in de Grondwet[17], die spreekt van de waarborg van 'een hoog niveau van bescherming van menselijke gezondheid'. Nederland doet het in dit opzicht internationaal gezien overigens niet slecht. We voelen ons gezonder dan de meeste andere Europeanen (vzinfo).[18] Toch is het algemene gevoel dat dit type investeringen achterblijft ten opzichte van meer curatieve interventies. We zijn eerder geneigd te handelen als de kramp al is opgetreden en de stress in lichaam en samenleving een feit is.

12 Preventie is belangrijk, maar verlaagt zorgkosten nauwelijks - ESB.
13 Groen - Wetenschappelijk Instituut.
14 Waarden, normen en de last van het gedrag | Rapport | WR.
15 De expansieve logica van de preventiestaat – Sociale Vraagstukken.
16 Tijdig-en-doordacht_20190206.pdf.
17 Artikel II-35: De gezondheidszorg - Nederlandse Grondwet.
18 Ervaren gezondheid | Internationaal | Volksgezondheid en Zorg.

Hindernissen in een ontspannen samenleving

Hoe kunnen we investeringen doen die leiden tot een gezondere en minder gestreste samenleving? Daarvoor is allereerst zicht nodig op de factoren die deze investeringen momenteel belemmeren. Want ondanks de positieve welvaartseffecten van een goede gezondheid is de bereidheid om hierin beleidsmatig te investeren nog steeds gering. Een belangrijke oorzaak daarvan is dat de baten van deze investeringen veelal buiten beeld blijven. Zo zijn ze onzichtbaar in de doorrekening van verkiezingsprogramma's alsook in die van gezondheidsbeleid in het algemeen. Het ontbreekt simpelweg aan een adequaat kosten-batenmodel om de waarde en het effect van deze investeringen aan te tonen (Wouterse, Boxebeld, Mireau ESB 2024).[19]

Daarmee samen hangt een versnipperde financiering. Ook al hebben zorgverzekeraars baat bij publieke investeringen, het strijdt met het wettelijk kader van het basispakket om daar invulling aan te geven. Premiegelden zijn bedoeld voor zorg, niet voor preventieve sociale investeringen. Partijen die wél in publieke gezondheid investeren, zoals gemeenten, krijgen vervolgens te maken met het *wrong pocket*-principe. Ze investeren (bijvoorbeeld in de relatie gezondheid en werk), maar ontvangen niet de baten daarvan. Hun mogelijkheid om te investeren blijft beperkt tot het beschikbare budget, er is geen multiplieereffect dat maakt dat ze de baten van hun investeringen opnieuw kunnen inzetten. Na verloop van tijd worden ze dan ook meestal gedwongen ermee te stoppen, het geld raakt immers op. Daar komt bij dat ook gemeenten vaak wettelijk of juridisch klem zitten, bijvoorbeeld als het gaat om de balans tussen algemene en maatwerkvoorzieningen. Investeren in een gezonde lokale samenleving kan het best via algemene voorzieningen: groen in de publieke ruimte, aandacht voor sport, cultuur en een bloeiend verenigingsleven. Maar deze investeringen moeten het vaak afleggen tegen rechtens afdwingbare individuele maatwerkvoorzieningen, onder meer in de Wmo (Juridische vragen in het sociaal domein 2024).[20]

De weg eruit

Hoe komen we hieruit? Zoals gezegd is het belangrijkste dat de kramp eraf gaat en er ruimte ontstaat voor investeringen in wat we 'brede gezondheid' kunnen noemen. Inmiddels hebben gemeenten daar veel ervaring mee opgedaan. Veel gemeenten zijn gaan investeren in bijvoorbeeld culturele interventies om zo 'vastgelopen' inwoners zelfvertrouwen te geven op weg naar meer participatie, met zichtbaar effect op welzijn en gezondheid (VNG interviews cultuur). Meer in het algemeen is 'Welzijn op Recept' al enige tijd een beproefd middel voor succesvolle interventies bij mensen met niet-medische klachten, al blijft de precieze kosteneffectiviteit ook hier lastig te berekenen (RIVM 2019) en vindt financiering meestal op incidentele basis plaats. Datzelfde geldt voor activiteiten in de verbin-

19 Preventie is goed voor de gezondheid en voor de portemonnee - ESB.
20 C.B. Modderman, Tim Robbe, Geerten Boogaard (red.) *Juridische vragen in het sociaal domein* (2024).

ding tussen school en wijk, zoals ouderkamers, familiescholen en rijke schooldag (vergelijk Tilburg-Noord). De ervaringen zijn positief, maar het kost vaak moeite om deze collectieve aanpakken structureel te borgen. Desondanks nemen de creatieve verbindingen tussen domeinen toe, waarbij de doorbraakmethode inmiddels een breed toegepast instrument is. Over het algemeen is de conclusie dat dit soort investeringen, ondanks de onzekerheden, lonend is voor zowel individu als samenleving. In Amsterdam leidde een intensieve aanpak van jeugdwerkloosheid – met per stadsdeel een jongerensteunpunt en veelal individuele begeleiding – tot een werkloosheidsdaling van 13,3% naar 6,2% in de eerste vier jaar. De verwachte baten waren tweeëneenhalf keer hoger dan de kosten (De winst van het sociaal domein 2021).[21]

Het probleem daarbij is wel dat het nog steeds individuele acties zijn die tegen de stroom in roeien, niet alleen wat betreft prioritering en inhoudelijke keuzes (waar zetten we nu echt op in?), maar ook in de organisatie ervan (twintig verschillende potjes bij elkaar leggen, nieuwe vormen van verantwoording zoeken etc.) en in de toepassing van een algemeen aanvaard kosten-batenmodel. Om de kramp eraf te halen zal daarom serieus overwogen moeten worden om dit type investeringen geen uitzondering maar regel te laten worden. Om daar te komen is een aantal stappen nodig.

De kramp eraf: prioriteren

De eerste stap is inhoudelijke keuzes maken. Stress – en dat is bij gemeenten niet anders dan bij mensen – komt vaak voort uit een teveel aan taken en verplichtingen. Gemeenten worden momenteel simpelweg overvraagd. Ze moeten én inzetten op preventie én de specialistische jeugdhulp toegankelijk houden. Ze moeten én werken aan een pedagogische civil society én een doelgroepenaanpak ontwikkelen voor zware Wmo-problematiek. Ze moeten én de Hervormingsagenda jeugd uitvoeren én het IZA en ouderenakkoord. Ze moeten én inzetten op normalisering vanuit collectieve aanpakken én individuele aanspraken blijven honoreren. De claims, programma's, akkoorden en verplichtingen buitelen over elkaar heen. Alles moet, het liefst vandaag nog, en dat in een tijd van personeelskrapte en naderende tekorten.

Wat hier ontbreekt zijn rust, stabiliteit en prioritering. Gemeenten kunnen eenvoudig niet alles doen, zeker niet als maatregelen ook nog eens contrair aan elkaar zijn. Er moet helderheid komen. Een vaak genoemde route is een betere wettelijke verankering van preventieve voorzieningen in bijvoorbeeld Zvw, Wmo en Jeugdwet. En inderdaad, investeringen in bijvoorbeeld sport en ontmoeting staan bij financiële krapte als eerste onder druk omdat een wettelijke basis ontbreekt. Een route die we hier echter ook als optie willen aandragen, is het benoemen van een aantal basisfunctionaliteiten waar gemeenten verantwoordelijk

21 De winst van het sociaal domein - openresearch.amsterdam.

voor zijn. Dergelijke basisfunctionaliteiten worden momenteel in het kader van het vervolg op IZA besproken, maar dienen eigenlijk het gehele sociaal domein te omvatten. Te denken valt aan zaken als eenzaamheidsaanpak, welzijn op recept, mantelzorgondersteuning, gezonde leefomgeving, aanpak armoede en schulden, ouderenactiviteiten etc. Het nut van het benoemen van dergelijke basisfunctionaliteiten is meerledig. Allereerst creëert het helderheid voor inwoners, die zo weten waarvoor ze bij gemeenten kunnen aankloppen. Daarnaast creëert het helderheid voor de gemeenten, die niet langer worden geconfronteerd met telkens weer nieuwe verwachtingen en verplichtingen en in plaats daarvan voor de langere termijnbeleid kunnen uitzetten. En tot slot creëert het helderheid in de financiële verhoudingen tussen Rijk, gemeenten en verzekeraars, aangezien veel duidelijker wordt wat men van elkaar kan verwachten.

Voorfinanciering

Die functionaliteiten – de precieze invulling ervan is hier niet belangrijk, maar ze bevinden zich op het grensvlak van diverse domeinen – zullen natuurlijk bekostigd moeten worden. Dat is de tweede stap, waarbij we kunnen aansluiten bij een instrument dat ook in elders in deze bundel aan de orde komt, namelijk voorfinanciering. Voorfinanciering is even simpel als doeltreffend. Het houdt in dat je geld beschikbaar stelt voor interventies die zowel uit zichzelf waarde hebben – dat element blijft cruciaal – als zich logischerwijs of bewezen (later) financieel uitbetalen. Daarvoor is een aantal spelregels en randvoorwaarden nodig. Helder moet bijvoorbeeld zijn waar het geld vandaan komt, wat de relevante partijen zijn en wat ieders aandeel is in inleg en opbrengst (ter voorkoming van het *wrong pocket*-principe). Ook is een betrouwbaar kosten-batenmodel nodig met een afwegingskader dat bepaalt wanneer en waarvoor het beschikbare geld kan worden ingezet (Rotteveel et al. ESB 2024).[22]

Dit geld voor voorfinanciering kan er op verschillende manier komen. De meest voor de hand liggende is een schuif in de macrobegroting van het domein van de curatieve zorg naar het domein van brede gezondheid en welzijn, in concreto een schuif van Zvw (evt. ook Wlz) naar (een al dan niet afgeschermd onderdeel van) het gemeentefonds. Sociale interventies voor (niet-)medische klachten hoeven dan niet langer vanuit de tijdelijke SPUK's te worden gefinancierd, maar krijgen een structurele, terugkerende financieringsbasis, wat leidt tot meer continuïteit en daarmee tot minder kramp.

Een andere mogelijkheid is een revolverend fonds (of verschillende fondsen) waarbij de partij die de baten van de investeringen ontvangt, telkens ook de nieuwe inleg doet. Dat kunnen verschillende partijen zijn. Zo blijkt de aanpak van obesitas niet alleen gezondheidswinst voor het individu op te leveren, maar uiteindelijk ook goed te zijn voor de arbeidsdeelname en maatschappe-

22 Publieke gezondheid vergt publieke voorfinanciering - ESB.

lijke productiviteit en daarmee voor de schatkist (Wouterse, Boxebeld, Mireau ESB 2024).[23] Ook verzekeraars kunnen een baat hebbende partij zijn. In bepaalde gebieden en wijken (vooral die van het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid)[24] ligt het aandeel extra gedeclareerde zorg voor niet-medische kosten bijvoorbeeld aantoonbaar hoger dan elders. Als verzekeraars van dat bedrag alleen al de helft inleggen in een fonds voor basisfunctionaliteiten, kan dat een terugkerende financieringsbron opleveren, met voor iedereen winst: voor de verzekeraars, die minder kwijt zijn aan medische zorg voor niet-medische klachten; voor de hulpvrager, die de juiste hulp krijgt; en voor de gemeente, omdat deze budgetruimte krijgt voor sociale interventies ten bate van publieke gezondheid en breed welzijn.

Conclusie

Er zal een aantal heldere keuzes gemaakt moeten worden om gemeenten in staat te stellen voor de langere termijn te investeren in een gezondere samenleving. Dat begint bij prioritering van waar gemeenten van zijn (en waarvan dus niet) en daar passende financiering voor te verzorgen. De benoeming van basisfunctionaliteiten, alsmede structurele voorfinanciering daarvan via een schuif in de macrobegroting of de inrichting van een revolverend fonds, kan dat verder invullen. Zo gaat de kramp eraf en ontstaat er meer rust en stabiliteit in de verhoudingen.

23 Preventie is goed voor de gezondheid en voor de portemonnee - ESB.
24 Home | Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid.

Publieke gezondheid vergt publieke voorfinanciering[1]

Adrienne Rotteveel, Johan Polder, Ardine de Wit,
Bram Wouterse[2]

Samenvatting

Ondanks de waarde die maatschappelijk en politiek aan preventie wordt gehecht, blijven investeringen in preventie achter. Hoe komt dit, en wat kan eraan gedaan worden?

- Investeringen in preventie blijven achter door versnippering, het *wrong pocket*-probleem en uitdagingen met bewijsvoering
- Structurele en collectieve voorfinanciering van preventie door de Rijksoverheid kan zorgen voor een gelijker speelveld.
- Om wildgroei en willekeur te voorkomen, vraagt voorfinanciering van preventie om een sterk afwegingskader.

Inleiding

De waarde die door samenleving en politiek aan gezondheid wordt gehecht, is groot. Toch blijven investeringen in preventieve gezondheidsmaatregelen ver achter vergeleken met de curatieve zorg (van der Vliet et al., 2020; Van Gils et al., 2020).

In de besluitvorming over investeringen in gezondheid wordt de gezondheidswinst van de investering, doorgaans gemeten in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (quality adjusted life years; QALY's), afgezet tegen een bedrag dat de maatschappij bereid is voor deze gezondheidswinst te betalen. Op basis van onderzoek naar de betalingsbereidheid voor gezondheidswinst, en bestaande richtlijnen en afwegingskaders zou een extra QALY-gezondheidswinst ongeveer 50.000 euro mogen kosten (Technische Werkgroep, 2023); het bedrag dat voor investeringen in medicijnen en medische technologie in Nederland vrij algemeen aanvaard wordt (Zwaap et al., 2015). Van der Vliet et al. (2020) geven echter tal van voorbeelden van kosteneffectieve preventiemaatregelen, die (veel) minder dan 50.000 euro per QALY kosten of tegelijkertijd gezondheidswinst én besparingen opleveren, maar die toch niet geïmplementeerd zijn in Nederland. Het gaat dan bijvoorbeeld om een preventiecampagne voor huidkanker en om screening in combinatie met een korte interventie bij overmatig alcoholgebruik.

1 Het artikel verscheen eerder in *ESB* 109(4838), 24 oktober 2024.

2 Adrienne Rotteveel is onderzoeker bij het RIVM; Johan Polder is gezondheidseconoom bij het RIVM en bijzonder hoogleraar aan Tilburg University; Ardine de Wit is gezondheidseconoom bij het RIVM en bijzonder hoogleraar aan de Vrije Universiteit Amsterdam; Bram Wouterse is universitair hoofddocent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft onlangs een groep experts gevraagd om advies uit te brengen over hoe de brede kosten, baten en budgettaire effecten van preventie het beste gewogen en meegenomen kunnen worden in de politieke en bestuurlijke besluitvorming. De kern van dit advies is dat alle investeringen in gezondheid op dezelfde wijze behandeld moeten worden, ongeacht of de gezondheidswinst nu tot stand komt door een medische behandeling of door preventie, en ongeacht of een investering in gezondheid binnen of buiten de zorg wordt gedaan. Het maakt immers voor de waarde die we maatschappelijk bereid zijn te betalen voor gezondheidswinst niet uit hoe deze gezondheidswinst tot stand komt (Technische Werkgroep, 2023).

Het advies van de Technische Werkgroep wordt breed omarmd, getuige de vele aandacht vanuit politiek, beleid en maatschappelijke organisaties, en het aantal aangenomen Tweede Kamermoties die het kabinet oproepen om de aanbevelingen op te pakken (Tweede Kamer, 2024a; 2024b). Toch lukt het voor preventie nog niet om de maatschappelijke betalingsbereidheid voor gezondheid om te zetten in daadwerkelijke investeringen. In dit artikel gaan we in op drie oorzaken van dit verschil tussen maatschappelijke betalingsbereidheid en daadwerkelijke investeringen in preventie. Ook doen we aanbevelingen hoe de maatschappelijke betalingsbereidheid daadwerkelijk geëffectueerd kan worden zodat er in de toekomst wel geïnvesteerd wordt in kosteneffectieve preventiemaatregelen.

Versnipperde financiering

Een eerste oorzaak van de achterblijvende investeringen is de manier waarop de financiering van preventie is georganiseerd. Deze is versnipperd en verspreid over verschillende financiers. Dit leidt tot verschillen in de feitelijke betalingsbereidheid voor gezondheid, afhankelijk van welke financier verantwoordelijk is voor een investering.

Het basispakket heeft een open-einde-financiering: alle interventies die binnen de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet vallen en die voldoen aan de pakketcriteria effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid, worden vergoed. Er is geen maximumbudget; wat in aanmerking komt, wordt gefinancierd (Zwaap en Kooijman, 2023). Deze vorm van financiering is van toepassing op bijna de hele curatieve zorg, terwijl slechts een zeer klein deel van de preventie gefinancierd wordt uit het basispakket van de zorgverzekering (Van Gils et al., 2020). Alleen sommige vormen van geïndiceerde of zorggerelateerde preventie, zoals de Gecombineerde Leefstijlinterventie, vallen binnen de reikwijdte van het basispakket (Mastenbroek et al., 2023).

Voor landelijke preventiemaatregelen die buiten het basispakket vallen, zoals bevolkingsonderzoek, vaccinatie en fiscale preventiemaatregelen, wordt vaak naar de Rijksoverheid gekeken voor de financiering. De overheid heeft echter geen structureel budget beschikbaar voor preventie, zodat er voor elke preven-

tiemaatregel opnieuw budget vrijgespeeld moet worden. Dit lukt lang niet altijd of duurt erg lang. Financiering komt vaak alleen rond als de investering budgetneutraal is en de preventiemaatregel zichzelf, bijvoorbeeld door besparingen op de zorgkosten, op korte termijn terugverdient. Omdat de maatschappelijke betalingsbereidheid voor gezondheid in dit geval niet is vertaald in een duidelijk mandaat om investeringen in gezondheid te financieren, verschuift het perspectief van kosteneffectiviteit (euro's per QALY) naar budgettaire impact (alleen euro's, liefst een netto-besparing).

Lokale preventiemaatregelen, zoals het inrichten van rookvrije schoolpleinen en sportvelden of ondersteuning door buurtsportcoaches en leefstijlprogramma's voor doelgroepen, moeten door gemeenten worden gefinancierd. Gemeenten krijgen een bijdrage van de Rijksoverheid uit het gemeentefonds voor uitgaven aan publieke gezondheid. Deze bijdrage is echter niet geoormerkt; het staat gemeenten grotendeels vrij hoeveel ze in preventie investeren. Hoeveel dit daadwerkelijk is, hangt in de praktijk af van de financiële ruimte, alle andere gemeentelijke aandachtsgebieden en de politieke prioriteiten van het gemeentebestuur.

Hoewel zorgverzekeraars baat lijken te hebben bij het investeren in de gezondheid van hun klantenbestand, past investeren in preventie niet binnen de duidelijke, wettelijke opdracht die zorgverzekeraars hebben. Deze wettelijke opdracht is om voor een zo goed mogelijk prijs-kwaliteitsverhouding zorg uit het basispakket van de zorgverzekering in te kopen. Wel hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om preventie op te nemen in de aanvullende verzekering.

Ten slotte kunnen ook bedrijven een rol hebben bij het financieren van preventie, denk bijvoorbeeld aan het verbeteren van de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers (Van Gils et al., 2020). In dit geval is de financiering afhankelijk van de strategische prioriteiten en de financiële ruimte van bedrijven.

Het *wrong pocket*-probleem

Een tweede reden waarom de maatschappelijke betalingsbereidheid niet omgezet wordt in daadwerkelijke investeringen in preventie is het *wrong pocket*-probleem: de baten van preventie komen vaak niet ten goede aan degene die de investeringen doen, wat financiers terughoudender maakt om te investeren in preventie.

Het *wrong pocket*-probleem is bij preventie sterk aanwezig omdat er vaak een 'wachttijd' is tussen het moment van investeren en het moment waarop de effecten merkbaar zijn. Hierdoor wordt de kans groter dat de baten van preventie bij een andere partij terechtkomen dan bij de financier. Dit is bijvoorbeeld het geval als een preventiemaatregel betaald wordt door werkgevers. Dan is het namelijk mogelijk dat tegen de tijd dat de preventiemaatregel effecten laat zien, werknemers inmiddels bij een andere werkgever werken. Voor zorgverzekeraars geldt eenzelfde probleem: zij kunnen nu investeren in de gezondheid van hun verze-

kerden in de hoop dat dit op langere termijn leidt tot minder zorggebruik, en dus minder zorgkosten, maar als de verzekerden in de tussentijd overstappen naar de concurrent heeft de investerende zorgverzekeraar daar niets aan.

Uitdagingen in het verzamelen van bewijs

Een derde oorzaak voor onvoldoende investeringen in preventie betreft de moeilijkheid om voldoende bewijs voor de effectiviteit en kosteneffectiviteit van preventiemaatregelen te verzamelen. Allereerst zijn gecontroleerde experimenten vaak niet mogelijk voor landelijke preventiemaatregelen. Dit terwijl in de gezondheidszorg juist vaak sterk uit wordt gegaan van gecontroleerde experimenten voor het vaststellen van bewijs. Ook vallen veel effecten van preventie buiten de looptijd van wetenschappelijk onderzoek omdat de effecten vooral op de lange termijn plaatsvinden (Technische Werkgroep, 2023). Denk bijvoorbeeld aan de invoering van een suikertaks: hoewel de directe effecten op de consumptie van suiker snel te observeren zijn, duurt het jaren voordat de gezondheidseffecten zichtbaar worden.

Hoewel er steeds betere methoden beschikbaar komen om met observationele data en intermediaire uitkomstmaten toch bewijs van hoge kwaliteit te vergaren over de (kosten) effectiviteit van preventiemaatregelen (EUnetHTA, 2015; Mölenberg en Vargas Lopes, 2022), staan veel besluitvormers nog niet open voor deze vormen van bewijs, wat zorgt voor problemen met financiering voor preventieonderzoek.

Daarnaast is ook de financiering van onderzoek een probleem. Het dure en grootschalige onderzoek om de (kosten)effectiviteit van nieuwe medicijnen aan te tonen, wordt veelal gefinancierd door de farmaceutische industrie. Achter de meeste preventiemaatregelen zit echter geen commercieel verdienmodel. Hierdoor ontbreekt een partij die de wil en middelen heeft om te investeren in onderzoek naar preventie. Zonder financiering van onderzoek kan er geen bewijs over (kosten)effectiviteit verzameld worden, terwijl dergelijk bewijs vaak een voorwaarde is voor financiering van de preventiemaatregel.

Naar meer investeringen in preventie

Juist omdat de maatschappelijke baten van preventie zich op verschillende terreinen voordoen en vaak pas op de langere termijn zichtbaar worden, zal een partij de investeringen moeten voorfinancieren. Hiermee bedoelen we dat één partij bereid zal moeten zijn om te investeren in preventiemaatregelen die baten hebben voor de maatschappij, ook als deze baten niet (allemaal) bij die partij terechtkomen en ook als de baten zich alleen op de lange termijn voordoen.

Binnen het basispakket van de zorgverzekering gebeurt dit feitelijk ook. Bij de kosten-batenafwegingen die worden gemaakt om te bepalen of een nieuw medicijn of medische interventie wordt opgenomen in het basispakket, worden in

principe alle relevante maatschappelijke kosten en baten meegenomen, onafhankelijk van de 'broekzak' waarin de baten uiteindelijk terechtkomen en onafhankelijk van wanneer die effecten plaatsvinden. Een medicijn met directe medische kosten boven de 50.000 euro per QALY kan bijvoorbeeld worden vergoed als de extra arbeidsproductiviteit die het medicijn oplevert de maatschappelijke kosten onder de 50.000 euro per QALY brengt. Vanuit het basispakket worden de productiviteitsbaten dus als het ware voorgefinancierd, zonder dat hiervoor ooit een directe bijdrage van de ontvangers van die baten, bijvoorbeeld de werkgevers, gevraagd wordt. Het idee is dat die maatschappelijke baten later wel, via de normale inkomenspolitiek van de overheid, op een eerlijke manier worden (her)verdeeld.

Dat voorfinanciering in het basispakket wel gebeurt, maar voor preventieve maatregelen die daarbuiten vallen niet, heeft te maken met het ontbreken van één financier met een duidelijk mandaat om in gezondheid te investeren.

Hier ligt een taak voor de Rijksoverheid, die bij uitstek de middelen en het mandaat heeft om investeringen met een versnipperd maatschappelijk rendement voor te financieren. Dit kan bijvoorbeeld door de oprichting van een preventiefonds: een collectief betaald open-einde-budget met een mandaat om kosteneffectieve preventiemaatregelen te financieren.

Een andere, meer impliciete manier om de Rijksoverheid aan te zetten tot het voorfinancieren van preventie is het vastleggen van expliciete gezondheidsdoelen in de lagere wetgeving (Mierau en Toebes, 2021). In de Grondwet is de verplichting opgenomen dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van gezondheid en welzijn. Het idee is dat door deze verplichting uit de Grondwet om te zetten in expliciete gezondheidsdoelstellingen en die op te nemen in lagere wetgeving, een minister van Volksgezondheid door deze wettelijke verplichting 'vanzelf' op zoek zal moeten gaan waar binnen de rijksbegroting met schaarse middelen de meeste gezondheidswinst behaald kan worden. Met de juiste randvoorwaarden, zoals een bevoegdheid om over de muren van de verschillende ministeries heen te kunnen investeren, zou dit uiteindelijk moeten leiden tot eenzelfde betalingsbereidheid voor gezondheid, ongeacht waar die investering plaatsvindt.

Het is ook mogelijk om het mandaat (of de verplichting) om in gezondheid te investeren, deels bij andere financiers neer te leggen. Het budget voor preventie in de rijksbijdrage aan het gemeentefonds zou bijvoorbeeld geoormerkt kunnen worden. Daardoor komt er een structureel budget beschikbaar om lokale preventiemaatregelen voor te financieren, dat niet in gedrang komt als de gemeente haar uitgaven aan ander beleid niet rond krijgt.

Ook zouden werkgevers verplicht gesteld kunnen worden om een geldbedrag per werknemer in een fonds te storten dat gebruikt wordt voor de financiering van preventie die tot productiviteitswinsten leidt.

Soms is het niet nodig om de maatschappelijke baten voor te financieren, maar kunnen de partijen die investeren in en profiteren van preventie direct bij elkaar worden gebracht. Binnen de zorg wordt bijvoorbeeld geëxperimenteerd met shared-savings-constructies, waarbij huisartsen die voorkómen dat patiënten worden opgenomen in het ziekenhuis, meedelen in de kostenbesparingen die daardoor in het ziekenhuis behaald worden. Binnen de ouderenzorg ligt er een wetsvoorstel om geld uit de Wet langdurige zorg, bedoeld voor verpleeghuiszorg, in te zetten voor preventiemaatregelen die leiden tot minder vraag naar verpleeghuiszorg (Tweede Kamer, 2024c). Dergelijke regelingen zouden ook breder voor preventie ingezet kunnen worden.

Sterk afwegingskader

Collectieve voorfinanciering van preventie vergt wel een sterk afwegingskader en consistente besluitvorming op basis van dit kader. Als er namelijk geen eisen worden gesteld aan preventiemaatregelen voor voorfinanciering, kan er een wildgroei en willekeur ontstaan waarbij ook allerlei niet-waardevolle preventiemaatregelen gefinancierd worden. Dat is niet wenselijk want dat is immers geen goede inzet van publieke gelden. Daarom zou er, naar voorbeeld van het afwegingskader voor financiering uit het basispakket (Zwaap en Kooijman, 2023), een afwegingskader moeten worden vastgesteld voor de financiering van preventie.

Om op basis van een dergelijk afwegingskader beslissingen te nemen over welke preventiemaatregelen wel en geen voorfinanciering behoeven, is inzicht in de effectiviteit en kosteneffectiviteit van preventiemaatregelen essentieel. Om hier meer inzicht in te krijgen zou de overheid een regeling moeten inrichten voor de financiering van onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van preventie. Ook zou er een beleidsinstrumentarium ontwikkeld moeten worden waarmee de brede kosten en baten van een groot aantal preventiemaatregelen gekwantificeerd en vergeleken kunnen worden (Technische Werkgroep, 2023). Met een dergelijk beleidsinstrumentarium kan financiering worden toebedeeld aan de maatregelen met de beste kosteneffectiviteit, zodat met het beschikbare budget de meeste maatschappelijke (gezondheids-)baten gerealiseerd worden.

Conclusie

Om investeringen in preventie écht gelijkwaardig te behandelen ten opzichte van investeringen in medische zorg en ander gezondheidsbeleid, is het nodig om een structurele voorfinanciering van preventie op te zetten. Hier ligt vooral een taak voor de Rijksoverheid, in samenwerking met partijen als zorgverzekeraars, gemeenten en werkgevers. Om wildgroei en willekeur te voorkomen, is een sterk afwegingskader, waarin alle relevante maatschappelijke kosten en baten worden

meegenomen, nodig om te bepalen welke investeringen in preventie voor voorfinanciering in aanmerking komen. Alleen dan zal het lukken om de maatschappelijke betalingsbereidheid voor preventie ook daadwerkelijk om te zetten in investeringen in preventie.

LITERATUUR

- EUnetHTA (2015). *Endpoints used in Relative Effectiveness Assessment: Surrogate Endpoints.* EUnetHTA guideline, 7 november.
- Van Gils, P.F. et al. (2020) Nederlandse preventie-uitgaven onder de loep. *TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 98*, 92–96.
- Mastenbroek, C., Van der Meer, F., Vreugdenhil, T., & Kahlman, J. (2023). *Preventie in de Zvw opnieuw ontleed.* Zorginstituut Nederland, 2023001838.
- Mierau, J.O. & Toebes, B.C.A. (2021) Streefwaarden voor de volksgezondheid. *TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 99*, 70–74.
- Mölenberg, F.J.M. & Vargas Lopes, F. (2022). Natural experiments: A Nobel Prize awarded research design for strengthening causal inference on global health challenges. *Journal of Global Health*, 12, 03005.
- Technische werkgroep (2023). *Preventie op waarde schatten: Advies Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie, december.*
- Tweede Kamer (2024a). Tweeminutendebat Rapport 'Preventie op waarde schatten. Advies van de Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie', 32793, nr. 744.
- Tweede Kamer (2024b). Gewijzigde motie van de leden Daniëlle Jansen en Tielen over de inzichten over kosten en baten van verschillende vormen van gezondheidsbevordering tweejaarlijks systematisch bundelen (t.v.v. 32793-763), 32793, nr. 772.
- Tweede Kamer (2024c). Beslisnota bij aanbiedingsbrief nota's bij wetsvoorstel uitbreiding bekostigingsmogelijkheden vanuit Fonds langdurige zorg, 3762138-1045697-WJZ.
- Van der Vliet, N. et al. (2020). Ranking preventive interventions from different policy domains: What are the most cost-effective ways to improve public health? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(6), 2160.
- Zwaap, J. & Kooijman, H. (2023). *Pakketbeheer in de praktijk 4: Pakketbeheer als solide basis voor passende zorg.* Zorginstituut Nederland, 2021043326.
- Zwaap, J. et al. (2015) *Kosteneffectiviteit in de praktijk.* Zorginstituut Nederland, 2015076142.

Gezondheidsverschillen en financiering van gemeenten

Irene Niessen, Renske Kroeze[1]

Inleiding

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het bevorderen van de gezondheid van hun inwoners en hebben daarmee een belangrijke rol in het tegengaan van gezondheidsverschillen. Vooralsnog gaat deze verantwoordelijkheid gepaard met veel beleidsvrijheid: er worden wel procedurele eisen gesteld (zoals lokale gezondheidsnota's), maar gemeenten hebben een hoge mate van vrijheid om zelf prioriteiten te stellen. Met het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is hier enige verandering in gekomen: er zijn concrete afspraken gemaakt over speerpunten, met een geoormerkte bekostiging. Deze combinatie van nationale sturing en bijbehorende bekostiging is wel van korte duur: het kabinetsvoornemen om Specifieke Uitkeringen (SPUK's) over te hevelen naar de Algemene Uitkering (AU), maakt hier een einde aan.

In theorie is het geen probleem om het tegengaan van gezondheidsverschillen met een hoge mate van beleidsvrijheid te beleggen bij gemeenten. Gemeenten hebben het in de regel goed voor met hun inwoners en werken graag aan de gezondheid van hun bevolking. In de praktijk worden gemeenten echter geconfronteerd met andere beleidsprioriteiten die een grotere urgentie hebben.

In ons beeld wordt dat in belangrijke mate veroorzaakt door de disbalans in financiering en beleidsvrijheid in het sociale domein. Eerder heeft de ROB deze problematiek al meermaals beschreven.[2] In dit essay gaan we in op hoe dat werkt, en op oplossingen in de financiële verhoudingen. Daarbij pakken we de jeugdzorg als belangrijkste illustratie, aangezien de ontwikkelingen hierin een exponent zijn van ontwikkelingen die in andere domeinen op kleinere schaal optreden.

De sociale basis – een ondergeschoven kindje

Gemeenten kunnen op tal van manieren bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsverschillen, maar het meest expliciet gebeurt dit in het sociaal domein. Dat bestaat uit vier onderdelen:

- participatie, wat ziet op bestaanszekerheid met bijvoorbeeld (bijzondere)

1 Irene Niessen, managing partner bij Andersson Elffers Felix, adviesbureau voor maatschappelijke vraagstukken.
Renske Kroeze, adviseur Andersson Elffers Felix, adviesbureau voor maatschappelijke vraagstukken.

2 Bijvoorbeeld in 'Rust, reinheid, regelmaat' (2021) en 'Raamwerk voor toekomstbestendige financiële verhoudingen' (2024).

bijstand en schuldhulp;
- jeugdhulp; individuele maatwerkvoorzieningen voor de jeugd, op grond van de Jeugdwet;
- individuele maatwerkvoorzieningen voor volwassenen die gecompenseerd moeten worden voor verminderde zelfredzaamheid op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- publieke gezondheid: de sociale basis inclusief gezondheidsbevordering op grond van de Wmo en de Wet publieke gezondheid.

Bij participatie, jeugdhulp en individuele maatwerkvoorzieningen (Wmo) hebben mensen recht op bepaalde ondersteuning. Zeker bij jeugdhulp en Wmo was rond de decentralisatie de theorie dat gemeenten hier zelf prioriteiten in konden aanbrengen, maar in de afgelopen tien jaar hebben rechters de wet en wetshistorie uitgebreid bestudeerd, en blijkt dat het voor gemeenten lastig is om nee te zeggen op een manier die juridisch houdbaar is. De consequentie hiervan is dat mensen die hun recht goed weten te halen, eerder ondersteuning krijgen. Dat zijn normaal gesproken niet de mensen met gezondheidsachterstanden.

In de sociale basis is dit anders. Daarin kunnen gemeenten wel gericht investeren, met bijvoorbeeld extra buurthuizen in achterstandswijken. Er gaat echter ruim drie keer zoveel geld om in jeugdhulp en Wmo als in de sociale basis en publieke gezondheid samen.[3] Zo is het gemeentelijke sociaal domein in plaats van een 'motor' om gezondheidsachterstanden te bestrijden, eerder een 'spiegel' geworden van hoe veel overheidsdienstverlening in andere domeinen ook al uitpakt: mensen die de weg goed kunnen vinden krijgen zorg, terwijl bij gezinnen met multiproblematiek of grote gezondheidsachterstanden meer gewerkt wordt vanuit 'eigen kracht'. Uiteraard proberen veel gemeenten ongelijk te investeren voor gelijke kansen, maar de juridische kaders helpen niet mee.

Dit heeft ook consequenties voor het gemeentefonds. Gemeenten zien de budgetten voor jeugd en Wmo stijgen en voelen zich genoodzaakt om de tekorten aan te vullen met bezuinigingen op andere domeinen. Binnen de sectoren jeugd en Wmo is immers weinig ruimte. Uiteindelijk heeft dit echter ook consequenties voor de financiële verhoudingen. De Financiële-verhoudingswet (Fvw) beoogt immers gemeenten zodanig te compenseren voor hun noodzakelijke kosten dat overal een gelijkwaardig voorzieningenniveau is tegen gelijke belastingdruk. Als noodzakelijke kosten gedreven worden door de sectoren jeugd en Wmo omdat daar de juridische plichten het 'hardst' zijn, wordt dat gereflecteerd in de verdeling van het gemeentefonds. Op macroniveau is het effect beperkt omdat de kosten voor zorgtrajecten van zelfredzame mensen relatief laag zijn. Lage inkomens zijn dan ook de belangrijkste maatstaf in het sociaal domein. Maar als de wet niet ingericht is op het terugdringen van gezondheidsverschillen, wordt de ver-

3 Zie de Iv3-verantwoording van gemeenten.

deling dat ook niet. De Fvw is immers geen politiek sturingsinstrument waarmee middelen gealloceerd kunnen worden voor eigenstandige beleidsdoelen zoals het terugdringen van gezondheidsverschillen, maar is een middel om te borgen dat de financiën een afspiegeling zijn van de taken en verantwoordelijkheden van gemeenten.

Niet-passende financiële verhoudingen

Jeugd en Wmo zijn openeinderegelingen: de gemeente moet tegemoetkomen aan de vraag naar zorg. De sturingsmogelijkheden hierop zijn beperkt, er is in ieder geval geen ruimte om nee te zeggen op grond van gebrek aan middelen. De kosten stijgen, en het gemeentefonds (dat een vast budget is) stijgt niet mee. De tekorten worden op dit moment gedekt, maar dit is tijdelijk, vanuit de gedachte dat de maatregelen uit de Hervormingsagenda Jeugd zullen leiden tot een afname van de vraag naar jeugdhulp. Deze maatregelen zien echter vooral op het efficiënter organiseren van jeugdhulp. Gemeenten zien al langer dat deze maatregelen niet voldoende effect sorteren, en zijn daarin bevestigd door de deskundigencommissie Van Ark[4]. Met het ravijnjaar 2026 voor ogen zoeken gemeenten naarstig naar bezuinigingen. Gezien de beperkte mogelijkheden in de maatwerkvoorzieningen wordt het vizier als vanzelf gericht op de sociale basis en publieke gezondheid, precies daar waar gezondheidsverschillen overbrugd moeten worden.

Er kan gedacht worden aan een financiële impuls voor de opgaven op het gebied van gezondheidsverschillen. Hier is een stap in gezet met het GALA, en er zijn ook gesprekken over gaande in het kader van het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA), een uitwerking van het IZA. Deze gesprekken gaan echter allemaal over extra taken voor gemeenten, terwijl de effectiviteit daarvan beperkt is als ondertussen de basis steeds minder goed op orde is. Er is dus (ook) iets anders nodig.

Landelijke keuzes voor de inzet van schaarse middelen en arbeidskracht

Zolang de sectoren jeugdhulp en Wmo de gemeentelijke begroting blijven kannibaliseren, zal het moeilijk blijven om voldoende middelen beschikbaar te houden voor het terugdringen van gezondheidsverschillen. Het probleem is echter niet beperkt tot de gemeentelijke begroting: de Rijksbegroting heeft last van hetzelfde euvel. In de begrotingssystematiek groeit de zorgbegroting door bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) automatisch mee met de verwachte uitgaven, terwijl dit voor andere onderdelen niet geldt, ook niet voor preventie. Ook landelijk is het dus lastig om geld vrij te maken en houden voor preventie en het verkleinen van gezondheidsverschillen.

4 https://www.voordejeugdenhetgezin.nl/binaries/voordejeugdenhetgezin/documenten/publicaties/2025/01/30/advies-deskundigencommissie-hervormingsagenda-jeugd-2025/Advies+Deskundigencommissie+Hervormingsagenda+Jeugd.pdf.

Het resultaat van deze dynamiek, waarin middelen voor zwaardere zorg en ondersteuning 'vast' zijn en de inzet op preventie juridisch en financieel vrijblijvender is, is een drang om de effecten van preventie financieel toetsbaar te maken. Preventie wordt dan niet ingezet om gezondheidsverschillen te verkleinen of de algehele gezondheid te verbeteren, maar om geld te besparen in zwaardere zorg of ondersteuning. De businesscase moet rondkomen, anders worden andere keuzes gemaakt.

Preventie levert netto vaak echter helemaal geen besparing op zorgkosten op. Omdat er wachtlijsten zijn en de zorg sowieso volstroomt, omdat de zorgvraag schier oneindig is en bovendien aangejaagd wordt door aanbod en omdat duurzame gedragsverandering – vaak het doel van preventie – ontzettend moeilijk is en vaak niet lukt. Door succesvolle preventie worden mensen bovendien ouder, waardoor zij gedurende hun leven uiteindelijk meer zorgkosten maken.[5] In veel gevallen wordt dus zowel geld ingezet voor preventie als voor zorg. Preventie levert wel heel veel op aan maatschappelijke baten (gewonnen levensjaren, grotere participatie, meer levensgeluk), maar meestal geen netto kostenbesparing in de zorg. Waar in de curatieve zorg op basis van het aantal gewonnen gezonde levensjaren per euro wordt bepaald of zorg in het verzekerde pakket komt, tellen deze gewonnen levensjaren bij preventie opeens niet mee, en wordt alleen gekeken naar de kostenbesparing, en dan ook nog maar op een beperkt gedeelte van de Rijksbegroting.

De oplossing lijkt eenvoudig, en is ook al gesuggereerd door een technische werkgroep over dit thema[6]: trek de beoordeling van preventie gelijk met die van andere zorg. Kortom: kijk niet alleen naar de businesscase binnen de zorg, maar kijk ook naar de brede baten van preventie, inclusief gewonnen levensjaren. Dan komt er meer ruimte voor het terugdringen van gezondheidsverschillen. Er is echter meer nodig. Om zorg (of het nu binnen de sector Zvw of jeugdzorg is) voor de meest kwetsbare groepen beschikbaar te houden, moet we nu beginnen met ongelijk investeren. Dat zijn lastige keuzes, want het betekent dat sommige mensen geen zorg krijgen. Het alternatief is echter dat juist de meest kwetsbare groepen in de knel komen. Zij weten zelf immers de weg naar hulp het minst goed te vinden.

Voor jeugdzorg staat ook in de Hervormingsagenda dat scherpe keuzes nodig zijn. Het ministerie legt deze keuzes echter bij gemeenten, zonder daar daadwerkelijk juridisch de ruimte voor te maken. Hoewel het ministerie absoluut gelijk heeft als het zegt dat er veel ruimte is om gemeentelijke verordeningen en de toepassing daarvan te verbeteren, is de groei van jeugdhulp (en zorg in het algemeen) niet nieuw. Hier ligt een grotere maatschappelijke beweging aan ten grondslag die al

5 RIVM (2007). *Zorgkosten van ongezond gedrag. Zorg voor euro's* – 3.
6 Technische werkgroep kosten en baten van preventie (2023). *Preventie op waarde schatten.* https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/01/17/preventie-op-waarde-schatten-advies-technische-werkgroep-kosten-baten-preventie.

langer gaande is. Van individuele gemeenten kan niet verwacht worden dat zij deze keren. Daar moet ook het Rijk een rol in spelen.

Hoe dan wel?

Om gezondheidsverschillen actiever te voorkomen, is er veel nodig. Het advies om preventie op eenzelfde manier te beoordelen als de rest van de zorg, is zeker een advies om op te volgen. Voor gemeentelijke financiering is echter meer nodig. Gemeenten hebben immers minder mogelijkheden om eigen middelen te verwerven dan het Rijk, dus zij moeten hun begroting passend maken binnen de grenzen van de beschikbare middelen. Bovendien speelt er een nog groter vraagstuk: de schaarste op de arbeidsmarkt. Immers: waar halen we de mensen vandaan om al die zorg te verlenen?

De houdbaarheid van het zorgstelsel staat onder druk. Dat betekent dat prioriteiten gesteld moeten worden: wat doen we wel, en wat niet meer? Dat zijn geen gemakkelijke keuzes. Niet op landelijk niveau en ook niet voor de gemeentelijk verantwoordelijken. Keuzes kunnen voor individuele mensen namelijk heel naar uitpakken. Bij iedere afbakening zullen er mensen slechter af zijn dan op dit moment, en wellicht zelfs tussen wal en schip vallen. Zowel qua financiën als qua arbeidsmarkt zijn we de tijd echter voorbij dat we onszelf konden vertellen dat alles op te lossen is door dingen efficiënter te organiseren of door meer preventief te werken. Het is duidelijk dat we er daarmee niet gaan komen. Ook geen keuze is een keuze. Doorgaan op de huidige koers zal de schaarste doen toenemen, waardoor juist de mensen die de weg niet goed weten te vinden, geen hulp meer krijgen.

Als we in het sociaal domein willen werken aan het terugdringen van gezondheidsverschillen, moeten we het systeem weer in balans brengen, en de mogelijkheid inbouwen om keuzes te maken. Voor het gemeentelijk domein zien we een aantal benodigde maatregelen:

- ***Breng verantwoordelijkheden en financiering in balans:*** alles wat onder de jeugdhulpplicht (of de compensatieplicht in de Wmo) valt en dus een openeinderegeling is, zou gefinancierd moeten worden via een specifieke uitkering (SPUK). Dit kan in een vergelijkbaar verdeelmodel als de gebundelde uitkering, waarbij gemeenten wel geprikkeld worden om hun uitvoering te verbeteren. Zeker op macroniveau hoort het risico voor overschrijding van een openeinderegeling met beperkte bijsturingsmogelijkheden echter bij het Rijk te liggen.
- ***Zorg dat een (veel) kleiner gedeelte van de zorg onder de individuele jeugdhulpplicht/Wmo-compensatieplicht valt*** (en dus door een SPUK bekostigd wordt). Er kan bijvoorbeeld aan gedacht worden om de individuele jeugdhulpplicht wel te behouden voor veiligheidsvraagstukken en ernstige ontwikkelingsbedreigingen, maar niet voor de volle breedte van de huidige jeugdhulp. Voor grote gedeelten van wat nu jeugdhulp- of Wmo-maatwerk is, zou dan

voor gemeenten een collectieve verantwoordelijkheid gaan gelden voor het welzijn van inwoners (in het bijzonder jeugd). Dat geeft gemeenten juridische ruimte om te kiezen voor andersoortige oplossingen in de sociale basis, of om in bepaalde gevallen geen hulp of ondersteuning te bieden. Dat blijven moeilijke keuzes, maar geeft veel meer ruimte om ongelijk te investeren en dus ook in de sectoren jeugdhulp en Wmo keuzes te maken die gezondheidsverschillen terugdringen.

- Eventueel kunnen daarbovenop nog ***afspraken gemaakt worden over welke inzet op preventie en het terugdringen van gezondheidsverschillen (zowel voor jeugd als breder) van gemeenten gevraagd wordt***. Ook hier moet de financiering echter passen bij het bestuurlijke arrangement. Als prestatieafspraken gemaakt worden over wat gemeenten moeten leveren, past dit niet in de huidige systematiek van het gemeentefonds. Op dit moment zou dat dus via een SPUK moeten verlopen. In de toekomst is de Bijzondere Fondsuitkering (BFU), waaraan op dit moment gewerkt wordt door het ministerie van BZK, de aangewezen route. Daarmee kunnen meer keuzes gemaakt worden wat betreft de verdeling en kunnen ook inhoudelijke doelen gesteld worden met bijbehorende (lichte) verantwoording.

Hiermee zijn niet alle problemen opgelost: de inhoudelijke keuzes moeten immers nog steeds gemaakt worden, en in een maatschappij die is ingericht op brede inzet van jeugdhulp is een dergelijke verandering een grote opgave. Maar op een andere manier kijken, en dit ook wettelijk en financieel verankeren, biedt wel meer ruimte om aan gezondheidsverschillen te werken dan de huidige systematiek.

Kortom

In dit essay hebben we geschetst welke dynamieken er op dit moment voor zorgen dat het stelsel niet werkt zoals beoogd, en wat een manier is om te komen tot een houdbaar stelsel dat ongelijk investeren faciliteert.

Het terugdringen van gezondheidsverschillen gaat niet vanzelf. Hoewel er bestuurlijk veel commitment is om ongelijk te investeren, zijn de financiële prikkels dusdanig pervers ingesteld dat het er in de praktijk onvoldoende van komt. Puur de sociale basis en de publieke gezondheid opplussen volstaat niet: als tegelijkertijd aan het fundament getornd wordt door financiële tekorten, is de basis onvoldoende sterk om erop voort te bouwen.

Om voldoende financiële stevigheid te krijgen in dit domein moet er als eerste iets gebeuren aan zowel het financiële arrangement als de juridische kaders die leiden tot steeds meer zorggebruik, en indirect daardoor ook tot steeds grotere gezondheidsverschillen. Alleen dan kunnen gemeenten passende keuzes maken waardoor ze in de sectoren jeugdzorg en Wmo de gezondheidsverschillen kunnen verkleinen in plaats van vergroten.

Strategie voor de sociale en gezonde leefomgeving

Het vervlechten van sociale en fysieke ambities voor een sociaal-ruimtelijke strategie voor de wijk

Annette van Duivenvoorden[1]

In 2022 bracht ik een bezoek aan de tentoonstelling 'De Gezonde Stad, De kunst van het gezonde stedelijk leven door de eeuwen heen' in het Centraal Museum in Utrecht. De tentoonstelling was ter gelegenheid van het 900-jarig bestaan van Utrecht. Archeologie, schilderkunst, fotografie en installaties brachten in beeld wat gezond stedelijk leven inhield en hoe bestuur en bewoners dit met elkaar organiseerden. Van eetgewoonten en persoonlijke hygiëne tot het schoonhouden van de stad en afvalverwerking. De samenstellers van de tentoonstelling lieten zien dat de mens en de omgeving in evenwicht moesten zijn; en bijvoorbeeld hoe stadsbestuur en de gilden in de middeleeuwen streefden naar voldoende drinkwater en schone lucht. Maar ook dat er door de eeuwen schommelingen in de gezondheid van stedelingen waren. Niet altijd was er een opgaande lijn. Wel werd de gemiddelde gezondheid van mensen beter werd als bestuur, wetenschappers en burgers gaan samenwerken. Nieuwe kennis over ziektes door vervuiling van water of vochtige woningen waren eind 19e eeuw aanleiding daar iets aan te doen. Door de aanleg van waterleiding en riolering, het oprichten van de reinigingsdienst, het uitbannen van slechte woningen en algemene voorlichting in de 20e eeuw stijgt de gemiddelde levensverwachting.

Naast deze inzichten uit het verleden is ook de hedendaagse aanpak van de gezonde stad in Utrecht interessant. Zij werkt op allerlei manieren aan gezondheid, via sociaal en welzijn en fysiek. De stad hanteert daarvoor de definitie van de gezonde stad waar: 'de druk op gezondheid is zo laag mogelijk, waar gezond leven makkelijk is en waar je je prettig voelt' en zij koppelt dit aan ruimtelijke ingrepen in de stad. Het meest spraakmakende voorbeeld van dat laatste is misschien wel de herinrichting van de Catharijnesingel is, waar sinds 2020 asfalt heeft plaats gemaakt voor water en het rondje Singel een begrip is geworden voor bewoners en bezoekers. De stad investeert niet alleen in het stadscentrum, maar ook in recreatieroutes tussen de wijken en langs de oevers van de Merwede.

1 Annette Duivenvoorden is senior projectleider bij Platform31, kennis- en netwerkorganisatie voor stad en regio. Zij organiseert kenniscommunities, verzamelt best practices en jaagt innovatie aan op thema's vergrijzing en de gezonde leefomgeving. Dit essay bouwt voort op opgedane (praktijk)kennis, lessen en inzichten ontwikkeld met programma's als GezondIn (Pharos en Platform31) en BuurtSaam (Platform31 in samenwerking met het College van Rijksbouwmeester en Rijksadviseurs (CRa) en LSA bewoners). Een gezonde en sociale leefomgeving vraagt om interventies en aanpakken op kleine en grote schaal. Alleen langjarige aandacht en het meekoppelen van gezondheidsambities met andere ruimtelijke interventies zal uiteindelijk bijdragen aan een gezonde en sociale leefomgeving.

Utrecht is hierin niet uniek. Aandacht voor de invloed van de (directe) woon- en leefomgeving op de gezondheid van mensen staat op steeds meer plekken weer hoog op de agenda. Er is veel te winnen – want gezondheidsverschillen tussen mensen in verschillende gebieden zijn groot, en ook breder vanuit het sociaal domein is er behoefte aan een fysiek-sociale leefomgeving. Tegelijkertijd is een grote druk op de ruimte door de woningbouwopgave en het uitbreiden van infrastructuur ten koste van groen, natuur en open ruimte. Verdichten in de stad heeft ook negatieve effecten op gezondheid[2].

In dit essay ga ik in op de relatie tussen de fysieke leefomgeving en gezondheid van mensen. Ik deel wetenschappelijke inzichten over deze relatie en de stapeling van ongunstige omgevingsfactoren in bepaalde gebieden. Het investeren in collectieve omgevingsfactoren kan de gezondheid positief beïnvloeden, maar er is ook ruimtedruk. Vervolgens ga ik in op de verruimde ambities voor de leefomgeving voor de gezondheid en het welzijn van mensen vanuit het fysiek en sociaal domein. Tot slot belicht ik aan de hand van verschillende voorbeelden voor preventie aanzetten om tot een strategie voor de gezonde en sociale leefomgeving te komen en stip een aantal financiële kansen aan.

Determinanten van gezondheid

De gezondheid van mensen wordt bepaald door individuele (genetische) aanleg, maar wordt ook mede bepaald door (collectieve) omgevingsfactoren zoals kwaliteit van lucht, groen (fysieke omgeving) en sociale omgeving. Om de wisselwerking tussen de gezondheid en omgeving te beschouwen is het regenboogmodel van Dahlgren-Whitehead een veel gebruikt model (zie figuur). De determinanten van gezondheid omvatten persoonsgebonden factoren (leeftijd, geslacht, erfelijke factoren), leefstijl van mensen, sociale netwerken en gemeenschap en fysieke en sociale omgeving. Dit heeft zowel positieve invloed op gezondheid als risico's voor ongezondheid. Het buitenmilieu en luchtkwaliteit hebben het meeste invloed op de ziektelast[3].

2 Invloed van stedelijke verdichting op de mentale gezondheid van inwoners, 2024. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829224000467?via%3Dihub.

3 Factsheet Impactvolle Determinanten van gezondheid, 2022. https://www.rivm.nl/factsheet-determinanten.

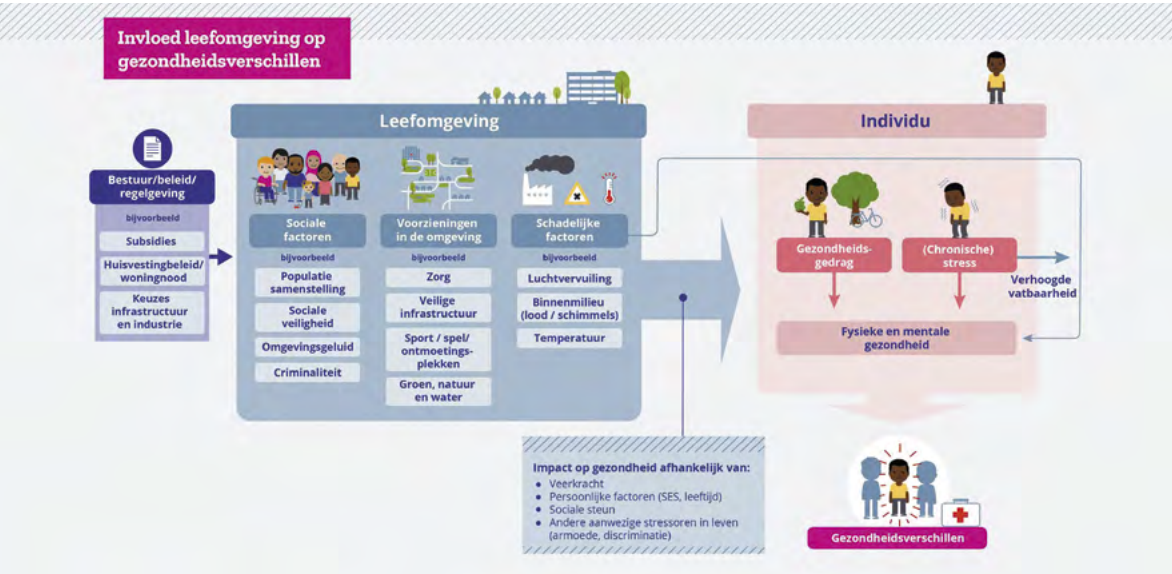
Gezondheidsverschillen

Figuur: Regenboogmodel Dahlgren-Whitehead over de wisselwerking tussen gezondheid van mensen en de omgeving, Pharos.

Mensen met een laag inkomen en een laag vermogen leven gemiddeld acht tot negen jaar korter en worden 23 tot 25 jaar eerder ziek dan mensen met een hoog inkomen[4]. Dit komt door de omstandigheden waarin ze opgroeien, wonen en werken, zoals armoede, schulden, slechte toegang tot voorzieningen, geen geschikte huisvesting, beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid. Individuele leefstijl speelt een rol, maar vooral sociale en financiële onzekerheid zijn vaak de achterliggende oorzaken en ook de leefomgeving is van invloed. Volgens de WHO[5] komt 29 procent van het verschil in gezondheid tussen laag- en hoogopgeleide mensen in Europa door verschillen in leefomgeving, zoals woningtekort, energiearmoede, gebrek aan groene ruimte, onveiligheid, overbevolking en slechte luchtkwaliteit. De mate waarin de leefomgeving invloed heeft op gezondheidsverschillen in het bijzonder en aan welke beleidsknoppen te draaien valt, is te lezen in de onderstaande model.

4 Bron: www.cbs.nl – Bovenaan de welvaartsladder bijna 25 jaar langer in goede gezondheid.
5 Zelfgerapporteerde gezondheid, WHO. Environmental Health Inequalities Resource, Package: A Tool for Understanding and Reducing Inequalities in Environmental Risk.Copenhagen; 2019. http://apps.who.int/bookorders.

Stapeling ongunstige omgevingsfactoren en kwetsbaarheid



Figuur: Invloed van gezondheidsverschillen op de leefomgeving, Pharos[6]

Op basis van onderzoek van het RIVM[7] en het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) weten we dat in veel kwetsbare wijken in Nederland er sprake is van een ongezonde leefomgeving. Inwoners van deze wijken hebben te maken met een opeenstapeling van negatieve omgevingsfactoren, zowel in de fysieke als in de sociale omgeving. Dit kan leiden tot stress en samenhangende gezondheidsproblemen en daarmee tot grotere gezondheidsverschillen[8].

Het is mogelijk om vanuit de leefomgeving de gezondheid van mensen te verbeteren. Dit kan door het wegnemen van negatieve factoren als luchtverontreiniging, geluidsoverlast en hittestress of het bevorderen van gezondheid door positieve factoren als het inrichten en het ontwerp van de leefomgeving. Met het maken van een sociaal-ruimtelijke agenda voor de wijk kan een positieve verbetering van de leefomgeving concreet worden gemaakt. Dit kan aan de hand van vijf sociaal-ruimtelijke thema's. 1. Voldoende aantrekkelijke plekken voor ontmoeten, 2. Nabijheid en toegankelijkheid van voorzieningen en openbaar vervoer. 3. Een

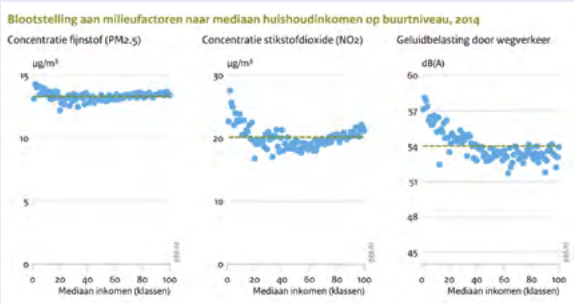
6 Leefomgeving en gezondheidsverschillen, Pharos, 2023. https://www.pharos.nl/kennisbank/leefomgeving-en-gezondheidsverschillen/.
7 *Kwetsbaarheid en kansen in de stapeling van omgevingsfactoren*, RIVM, 2025. https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/kwetsbaarheid-en-kansen-in-de-stapeling-van-omgevingsfactoren.pdf.
8 Rapport Gezonde leefomgeving in kwetsbare wijken, Platform31/IVO en Pharos, 2023. https://www.platform31.nl/artikelen/gezonde-leefomgeving-in-kwetsbare-wijken.

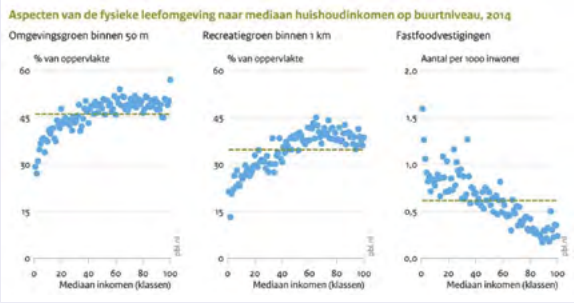
beweegvriendelijke omgeving, 4. Voldoende, aantrekkelijk groen en blauw, en 5. De ervaren veiligheid van plekken.

Tabel Positieve en negatieve invloed van leefomgeving op gezondheid, RIVM[9]

Positieve invloed	Negatieve invloed
Beweegvriendelijke omgeving	Luchtverontreiniging
Rustige plekken	Geluidsoverlast
Groen en water	Hittestress
Gezonde voedselomgeving	Allergieën en infectieziekten door groen en water
Faciliterende omgeving	Veiligheidsrisico's

Verschillen tussen buurten
In 2020 publiceerde het PBL de analyse op buurtniveau naar gezondheid en leefomgevingskwaliteit[10]. De verschillen tussen buurten zijn groot. De gezondheid (levensverwachting) en leefomgevingskwaliteit (aanwezigheid van omgevingsgroen, fastfoodaanbod, sociale cohesie of verkeerslawaai) zijn gemiddeld slechter in buurten met de laagste sociaaleconomische positie. In buurten met de laagste inkomsten is er meer luchtverontreiniging, is er meer verkeerslawaai, is de sociale samenhang minder, is er meer hittestress en is er minder groen in straat en in de buurt.



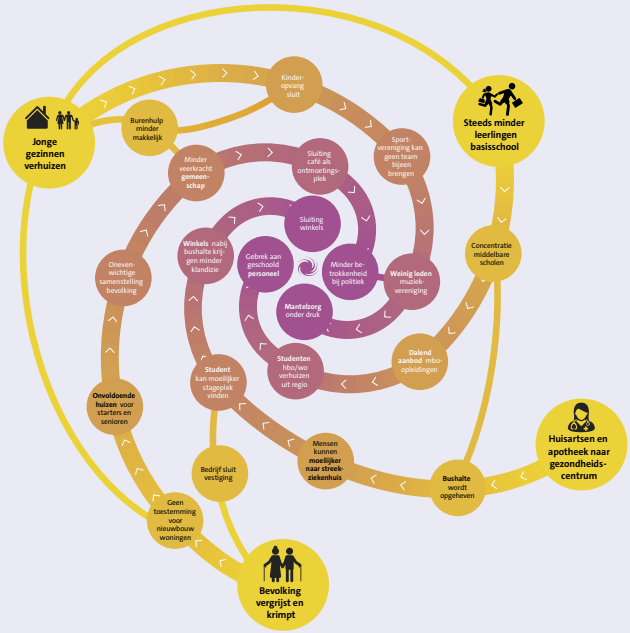


9 Kwetsbaarheid en kansen in de stapeling van omgevingsfactoren, RIVM, 2025. https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/kwetsbaarheid-en-kansen-in-de-stapeling-van-omgevingsfactoren.pdf.
10 Verdeling van gezondheid en leefomgevingskwaliteit over buurten, PBL, 2020. https://www.pbl.nl/publicaties/verdeling-van-gezondheid-en-leefomgevingskwaliteit-over-buurten.

Verschralingsspiraal ook in de regio

Is de wijk de vindplaats of oorzaak van achterstanden? Het PBL[11] wijst op het effect van de ruimtelijke uitsortering door de woningmarkt en voorzieningenspreiding. Het realiseren van goedkope woningen rond grote steden leidt er toe dat kwetsbare bewoners in de minst aantrekkelijke buurten komen te wonen met een slechtere leefomgevingskwaliteit op grotere afstand van werk, sociale netwerken en voorzieningen.

Het Rli/ROB en RVS[12] signaleren deze spiraal van verschraling ook in de regio. Een krimpende bevolking, leidt tot vertrek van jonge gezinnen, minder gezinnen op de basisscholen en concentratie van huisarts en apotheek naar het centrale gezondheidscentrum. Dit leidt tot en een afname van voorzieningen en een langere reisafstand er naar toe. Dit heeft effect heeft op kwetsbare groepen die juist weer aangewezen zijn op de nabije leefomgeving. Ook kan dit een negatief effect hebben op het verkleinen van sociale contacten en het omkijken naar elkaar. Het Rli/ROB en RVS stellen dat een structureel ongelijke verdeling van brede welvaart negatieve gevolgen heeft voor het vertrouwen van inwoners van minder welvarende regio's in de overheid en haar instituties.



Figuur: Spiraal van verschraling, Rli/ROB, RVS

11 Gezondheidsachterstanden: kijk ook eens naar ruimtelijke uitsortering van mensen en voorzieningen, PBL, 2023. https://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/pbl-2023-gezondheidsachterstanden-kijk-ook-eens-naar-ruimtelijke-uitsortering-van-mensen-en-voorzieningen-5133.pdf.

12 Elke regio telt, Rli/ ROB/RVS, 2025. https://www.rli.nl/publicaties/2023/advies/elke-regio-telt.

Druk op de leefomgeving

Nu Nederland drukker, grijzer en diverser[13] wordt ontstaat er nog veel claims op de ruimte – denk aan het vormgeven van én de strategische aanpak van het woningtekort én ruimte om transities van klimaat, energie en mobiliteit vorm te geven. Door het verstedelijken verdwijnen groene en rustige plekken en zijn er ruimtelijk oplossingen nodig voor de toename van mobiliteit, het adaptief vermogen van de leefomgeving voor de effecten van klimaatverandering als wateroverlast, droogte en hittestress, aanhoudende en nieuwe milieuproblemen en energievraagstukken.

Verruimde ambities voor de leefomgeving

Vanuit het sociaal perspectief is er een beweging naar een bredere ruimtelijk agenda[14],waarbij de fysieke gebouwde omgeving positief bijdraagt aan sociale aspecten, zoals welzijn, gezondheid, ontmoeten en samenredzaamheid. Deze verbreding vindt plaats onder invloed van sociale ontwikkelingen als vergrijzing, het langer thuis wonen, de aanpak van gezondheidsverschillen en het gegeven dat meer kwetsbare mensen met bijvoorbeeld ggz-problematiek in wijken een plek krijgen. Daarnaast spelen ideeën over de participatiesamenleving en de verwachting van minder professionele ondersteuning binnen de zorg en het sociaal domein een belangrijke rol. Mensen moeten zich langer kunnen redden in de eigen kring en buurt, samen met anderen. De inrichting van de fysieke leefomgeving kan daar een positieve bijdrage aan leveren: in de vorm van een fijnere wijk, meer contacten, een beter ervaren gezondheid en aan kwaliteit van leven. Zeker voor mensen in kwetsbare posities, in kwetsbare buurten[15]. Ambities die ook verbonden aan de omgevingswet vanuit het beschermen en bevorderen van gezondheid.

De sociaal-fysieke ambities voor de leefomgeving landden in de Omgevingswet, de Nota Volksgezondheid en in programma's als het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid, Programma Gezonde leefomgeving en Wonen en Zorg voor Ouderen. Maar het blijft - om van ambitie en visie naar praktijk te komen – lastig vanwege de vele belangen, invalshoeken en investeringskeuzen en het gebrek aan middelen en ruimte. Bovendien is het ruimtelijk investeringsvermogen niet zozeer gericht op gezondheid(-spreventie) van mensen, maar op het toevoegen van wonen of aanleg infrastructuur of voor economische ontwikkeling.

13 Rapport Gematigde groei van de Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/01/15/gematigde-groei-rapport-van-de-staatscommissie-demografische-ontwikkleingen-2050.

14 Naar een sociaal-ruimtelijke agenda voor de leefomgeving in de wijk, Platform31, 2025. https://www.platform31.nl/artikelen/handreiking-naar-een-sociaal-ruimtelijke-agenda-voor-de-leefomgeving-in-de-wijk.

15 Verkenning aanpak kansengelijkheid, VNG, Divosa, NDSD, 2024. https://vng.nl/sites/default/files/2024-03/verkenning-aanpak-kansengelijkheid.pdf en Een eerlijke kans op gezond leven, RVS, 2021 https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/04/29/een-eerlijke-kans-op-gezond-leven.

De mensgerichte gezondheidsbenadering zelf heeft nauwelijks budget voor het bekostigen van ruimtelijke ingrepen in gebieden. En, het vraagt om een integrerende aanpak van ruimtelijke interventies, de programmering en het beleggen in instrumenten als beleid en uitvoeringsplannen (de hardware, software en orgware-logica[16]) die allemaal nodig zijn om tot een duurzame, samenhangende aanpak te komen. Gezondheid in de leefomgeving vraagt om strategisch toekomst denken[17], voor bestaande en nieuwe gebieden. En dan is ook een meer radicale omkering van de huidige praktijk nodig – bij het ontwerp meer aansluiten bij de structuren van groen en water[18] of sociale netwerken, waardoor gezonde wijken in aanleg al beter tot stand kunnen komen.

Handelingsperspectieven voor de leefomgeving. Naar een strategie voor een gezonde en sociale buurt

Gezondheid als strategie

GezondIn destilleerde drie strategieën om hiervoor als kapstok te nemen: 1. zet gezondheid vanuit de brede definitie centraal in de sociale en ruimtelijke aanpak, 2. zet één gezondheidsthema voorop of 3. koppel mee met een ander thema dat in de lead is[19]. Deze kan nader ingevuld worden met de doelstellingen van het beschermen, het bevorderen en het faciliteren van gezondheid van het PBL. Dit model laat zien dat de drie verschillende perspectieven elkaar raken en overlappen, en om ambities te bereiken hebben het fysieke en sociale domein elkaar nodig. Zij delen belangen en moeten, deels vanuit een integrale kijk en deels vanuit de rol van expert, toenadering zoeken om oplossingen te vinden. Van bestuurders vraagt het om een langere termijn visie en waar maatschappelijke baten worden afgewogen tegen de investeringskosten. En ook kan hier meer op worden gestuurd of positief gestimuleerd. Ook door te kiezen voor een gezonde verstedelijkingsstrategie of het voorkomen van het ruimtelijk uitsortering[20,21,22].

16 Gezonde leefomgeving in kwetsbare wijken, 2023: https://www.platform31.nl/artikelen/gezonde-leefomgeving-in-kwetsbare-wijken.
17 Marianne Lefever (PosadMaxwan), lezing inspiratiedag aanpak gezondheidsverschillen in de leefomgeving, 2023. https://www.platform31.nl/artikelen/sociaal-en-groenblauw-nodig-voor-gezonde-wijken.
18 TEEB stadtool: https://www.atlasnatuurlijkkapitaal.nl/teebstadtool.
19 Inspiratie en werkboek Gezondheid en Ruimte, Platform31/Pharos, 2018
20 Blik op leefomgeving en gezondheid voor de verstedelijkingstrategie Metropoolregio Amsterdam vanuit beschikbare data en trends. https://www.rivm.nl/gezonde-stad/blik-op-leefomgeving-en-gezondheid-voor-verstedelijkingstrategie-metropoolregio-amsterdam.
21 Gezondheid en ruimte: http://gezondheidenruimte.nl.
22 Kwetsbaarheid en kansen in de stapeling van omgevingsfactoren, RIVM, 2025. https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/kwetsbaarheid-en-kansen-in-de-stapeling-van-omgevingsfactoren.pdf.

Sociaal-ruimtelijke agenda voor de leefomgeving in de buurt
Gezien de demografische trends en ruimtelijke uitdagingen moeten we volop inzetten op ruimtelijke strategieën voor de gezonde en sociale leefomgeving[23] die het samenredzaamheid faciliteert. De opgaven in bestaande wijken zijn veelzijdig, krijgen weinig aandacht en weinig budget toebedeeld vanuit gemeenten; voor een wijkgerichte benadering moeten reguliere middelen veel meer specifiek ingezet worden voor de wijk, en meer in samenspraak met de buurt[24]. Het zogeheten ongelijk investeren in de fysieke leefomgeving is gewenst. Aangezien onderzoek laat zien dat sociale ongelijkheid in bepaalde wijken zich weerspiegelt in de fysieke leefomgeving, rechtvaardigt dit extra financiële inspanningen in de leefbaarheid van de fysieke ruimte door het openbaar bestuur.

Slim investeren
We weten dat investeringen in de kwaliteit van de fysieke infrastructuur zich uitbetaald in een gezondere leefomgeving en het welbevinden van mensen. Bij nieuwe gebiedsontwikkelingen is de verleiding om goedkoop en in grote bebouwingsdichtheden te ontwikkelen groot, maar dit dreigt voorbij te gaan aan de mogelijke structurele baten van een gezonde leefomgeving. De baten liggen namelijk ergens anders dan de kosten. Het Watertorenberaad[25] stelde recent gebiedsontwikkeling op basis van grondwaarde ter discussie en roept op tot experiment met bredere investeringsmodellen van verschillende partijen en opgaven. Het 'samen slim' investeren in integrale, langjarige ontwikkelbegroting vanuit een maatschappelijk investeringsfonds (en ontschotte financiering) met maatschappelijk welzijn als doel.

Groen loont
Groen draagt bij aan een hogere kwaliteit van de leefomgeving[26] en leidt tot meerwaarde van vastgoed, biodiversiteit en gezondheid. Ook stijgt de potentiële WOZ-waarde. Dit leidt indirect tot een gezondere financiële basis voor de gemeente[27]. Dit is bijvoorbeeld het effect van de ondertunneling van de A2 bij Maastricht en de aanleg van een park[28].

23 Kennis- en inspiratiedossier BuurtSaam, 2024. https://www.collegevanrijksadviseurs.nl/projecten/Adviezen-publicaties/publicatie/2024/06/11/kennis--en-inspiratiedossier-buurtsaam.
24 Ruimtelijk ontwerpen met bewoners in de wijk Stenfert: https://www.platform31.nl/artikelen/ruimtelijk-ontwerpen-met-bewoners-in-de-wijk-stenfert.
25 Watertorenberaad, Samen slim, 2023: https://www.watertorenberaad.nl/publicaties/samen-slim.
26 Groene baten planner: https://www.atlasnatuurlijkkapitaal.nl/groene-baten-planner.
27 De waarde van groen: https://www.bngbank.nl/magazine/Overig/De-waarde-van-groen.
28 Leefbaarheidsbaten A2 tunnel Maastricht zeer aanzienlijk: meer dan 200 miljoen, CPB, 2018. https://www.cpb.nl/publicatie/leefbaarheidsbaten-a2-tunnel-maastricht-zeer-aanzienlijk-meer-dan-200-miljoen.

Werk gebiedsgericht
Gemeenten moeten regie pakken op een sociaal-ruimtelijke strategie en een wijkprogramma ontwikkelen. Het inzetten op meekoppelkansen[29] vanuit woningbouwopgave, vervanging riool of voorzieningen is nodig. Deze budgetten zijn in verschillende domeinen van de gemeente belegd en/of vraagt een investering van corporatie of andere samenwerkingspartners. Integrerend denken en werken is nodig voor de gewenste investering in de leefomgeving

Sluit aan bij wensen en behoeften van bewoners
Daarnaast is het belangrijk om interventies in de wijk van de grond te krijgen die aansluiten bij behoeften en wensen van bewoners. Voor een sociale en gezonde buurt [30]is het niet alleen van belang om voldoende nabije (maatschappelijke) voorzieningen te hebben, maar om er ook voldoende zeggenschap over te hebben of eigenaarschap over te kunnen nemen. Het sociale netwerk van voorzieningen en ontmoetingsplekken is op dit moment voor kwetsbare wijken en buurten ondermaats. Klasien Horstman, hoogleraar filosofie van de publieke gezondheidszorg, pleit voor een zogeheten 'sociale rioleringsstelsel', netwerken van ontmoetingsplekken en verbindingen van wijken en buurten waartussen bewoners zelf kunnen navigeren[31]. Zij stelt dat wijkbewoners vaak precies weten wat er in hun buurt speelt en wat er aan de hand is, maar missen steun. Voor hen is het heel lastig om zich in onze institutionele omgeving te bewegen. Het gevolg is dat arme wijken niet de kansen krijgen zich te ontplooien, om mee te doen. 'Met een sociaal rioleringsstelsel kan de machinerie van gezondheidsongelijkheid worden tegengaan[32]'.

Ruimte voor toe-eigening en gemeenschapsvorming
De RVS en het CRa[33] agenderen ontmoeten en zeggenschap in hun programma's. Het ruimte geven aan bewoners is nodig om tot betere plekken te komen. Deze ruimte zou ook nog niet letterlijk ingevuld moeten zijn – denk aan of lege ruimten en plekken, zoals leegstaande kerken of kavels. Daar kunnen 'huiskamers', markten, of buurtfestivals ontstaan; een nieuw leven als (publieke) ontmoetingsplek. Er is gezamenlijk onderzoek en een verandervisie nodig om de focus van het

29 Samen-redzame-wijk: Startpakket voor een sociaal-ruimtelijke wijkprogramma in Overbos, VOIDS en Endeavour, 2024. https://www.collegevanrijksadviseurs.nl/projecten/rechtvaardige-buurten/buurtsaam/haarlemmermeer---overbos.
30 BuurtSaam: resultaten, inzichten en reflecties, 2025. https://www.collegevanrijksadviseurs.nl/adviezen-publicaties/publicatie/2025/03/20/buurtsaam.
31 Investeren in 'sociaal rioleringsstelsel' helpt tegen gezondheidsongelijkheid (2024). https://www.platform31.nl/artikelen/investeren-in-sociale-riolering-helpt-tegen-gezondheids-ongelijkheid.
32 *Gezonde stad*, Klasien Horstman en Mare Knibbe, 2022. https://klasienhorstman.nl/boeken/gezonde-stad.
33 Programma rechtvaardige buurten. https://www.collegevanrijksadviseurs.nl/projecten/rechtvaardige-buurten.

ontwerpen te bepalen. Daarbij gaat het ook om kwaliteit van de plek. Ruimtelijke kwaliteit kan juist ontstaan als fysiek sociaal volgt[34]'.

Effectieve interventies in de leefomgeving om gezondheidsverschillen duurzaam tegen te gaan, of om in te spelen op samenredzaamheid als gevolg van vergrijzing en het in de wijk wonen van kwetsbare groepen vraagt van professionals om beleidsterreinen te verbinden en over domeinen heen aan de slag te gaan. Hiervoor is steeds meer aandacht, maar een strategie voor een sociale en gezonde leefomgeving is nog geen vanzelfsprekendheid[35]. Laten we ons hier hard voor maken. Het samenwerken met bewoners en het gebruiken van nieuwe en actuele kennis zal bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid; 'de kunst van het gezond stedelijk leven'.

34 Essaybundel *Fysiek volgt sociaal, Negen visies op de leefomgevingen van morgen*, Mooi Nederland, 2025. https://www.ruimtelijkeordening.nl/documenten/publicaties/2025/03/24/index.

35 Handreiking *Naar een sociaal-ruimtelijke agenda voor de leefomgeving in de wijk*, Platform31, 2025. www.platform31.nl/buurtsaam.

Recept voor gezonde gemeenten

Jan Verhagen[1]

'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.' Deze bepaling uit onze Grondwet[2] benoemt volksgezondheid als een sociaal grondrecht waarvoor de overheid een zorgplicht heeft. De gemeenten vervullen een deel van die zorgplicht. Dit essay begint daarom met de gemeentelijke taken op het gebied van volksgezondheid en de financiën daarachter. Daarna opper ik een paar mogelijkheden voor wat er anders zou kunnen.

Gemeentelijke taken volksgezondheid

De gemeentelijke taak op het gebied van de volksgezondheid[3] is bescherming van de gezondheid van de bevolking als geheel, van specifieke risicogroepen, van jeugd en van ouderen. Die taak voeren gemeenten uit door het:

- monitoren van de gezondheidssituatie;
- uitvoeren van preventieprogramma's, vroegtijdig signaleren van specifieke stoornissen en gezondheidsbedreigende factoren;
- uitvoeren van programma's voor gezondheidsbevordering en maatregelen tegen bedreigingen van de gezondheid;
- bestrijden van infectieziekten en aanbieden van vaccinaties;
- geven van voorlichting, advies en begeleiding;
- geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders;
- bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- bevorderen van medisch milieukundige zorg;
- bevorderen van technische hygiëne zorg;
- bevorderen van psychosociale hulp bij rampen;
- ambulance- en ziekenvervoer.

1 A.J.W.M. Verhagen is senior-adviseur bij de Raad voor het Openbaar Bestuur. Columnist (op persoonlijke titel) met columns in Binnenlands Bestuur. Hij en zit hij in de redactie van Lias info. Tevens is hij lid van de gemeenteraad in Heemstede voor een lokale partij.
2 Artikel 22 lid 1 Grondwet.
3 De beschrijving is letterlijk overgenomen van Iv3-taakveld 7.1 Volksgezondheid.

De gemeenten geven hieraan ongeveer € 1 miljard per jaar (netto) uit[4]:

Jaar	Status	Baten	Lasten	Saldo
		miljoen €	miljoen €	miljoen €
2023	Jaarrekening	339	1.164	-825
2024	Begroting	202	1.129	-927
2025	Begroting	281	1.288	-1.006

Ter vergelijking: de publieke uitgaven aan zorg zijn ruim € 100 miljard[5], dat is meer dan 100 keer zo hoog. Van de totale publieke gezondheidszorgkosten geven we dus minder dan 1% uit aan publieke gezondheidszorg en preventie (via de gemeenten).

Het grootste deel van de lasten van deze taak betalen de gemeenten uit de algemene middelen (gemeentefonds en/of eigen belastingen). Het grootste deel van de baten voor deze gemeentelijke taak[6] komt van de specifieke uitkering (SPUK) van het 'gezond en actief leven akkoord' (GALA). Die is overigens breder dan alleen volksgezondheid. Ze omvat in 2025 ongeveer € 300 miljoen, en heeft drie hoofdthema's:

4 Centraal Bureau voor de Statistiek, *Baten en lasten gemeenten*, Statline, 18 maart 2025. Categorie Baten en lasten Iv3-taakveld 7.1 Volksgezondheid.
5 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.d.), *Zorguitgaven en -ontvangsten begroting*, https://www.staatvenz.nl/zorguitgaven-en-ontvangsten-begroting.
6 Uitgezonderd in tijden van epidemieën.

SPUK sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en sociale basis (SPUK GALA)		2025 €	2026 €
1	Sport, bewegen en cultuur		
1a	Lokaal Sportakkoord	12.997.276	9.995.528
1b	Brede Regeling Combinatiefuncties	89.396.017	86.365.632
Subtotaal		102.393.293	96.361.160
2	Gezondheid en sociale basis		
2a	Terugdringen gezondheidsachterstanden	19.982.696	19.981.855
2b	Kansrijke start	16.001.429	19.980.801
2c	Mentale gezondheid	4.995.672	
2d	Aanpak overgewicht en obesitas	17.484.860	
2e	Valpreventie	47.458.909	48.955.542
2f	Leefomgeving	9.991.352	
2g	Opgroeien in een kansrijke omgeving (Oko) en vroeg signalering alcoholproblemen	2.497.836	
2h	Versterken sociale basis	35.968.855	26.975.508
2i	Mantelzorg	9.991.352	8.991.839
2j	Eén tegen eenzaamheid	7.993.079	
2k	Welzijn op recept	11.490.050	13.487.748
Subtotaal		183.856.090	138.205.320
3	Ondersteunende onderdelen.		
3a	Versterking kennis- en adviesfunctie GGD	2.497.836	
3b	Coördinatie regionale aanpak preventie	7.293.683	
Subotaal		9.791.519	
3	hoofdthema's samen		
Totale specifieke uitkering		**296.040.902**	**234.566.480**

Alle gemeenten doen mee met de SPUK GALA, op bijna alle onderdelen. De SPUK GALA is een *tijdelijke* specifieke uitkering, die ophoudt na 2026.

De SPUK GALA bevat uitermate bemoeizuchtige eisen, bijvoorbeeld over de samenwerking met zorgverzekeraars, en gedetailleerde verantwoordingsverplichtingen. Ter indicatie: de eerste samenvattende rapportage bevat 174 pagina's.[7]

7 RIVM (2024). *Rapportage Gala monitor 2024*. https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0183.pdf.

Daarnaast is er een specifieke uitkering Transformatiemiddelen[8] van € 17 miljoen voor de voorbereiding en uitvoering van een transformatieplan volgens de doelen van het Integraal Zorgakkoord. Ook is er specifieke uitkering voor acht coördinerende gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) voor aanvullende seksuele gezondheidszorg.
De ambulancezorg kent een eigen bekostiging buiten de gemeentebegroting om.

De financiële ondersteuning van het Rijk ter bevordering van de volksgezondheid, met onder andere de SPUK's sport en GALA, sluit niet aan bij de bestuurlijke doelen. De SPUK GALA is tijdelijk, en bovendien veel te gedetailleerd om de gemeenten creatief maatwerk te laten leveren en om effectief en efficiënt besteed te worden. Ook de uitwerking van de SPUK sport is niet doelmatig; bijvoorbeeld diverse 100.000+-gemeenten kunnen maximaal € 0 per jaar aanvragen, maar hun wordt door het Rijk toch aangeraden om aanvragen in te dienen.[9]

Het verdient aanbeveling de SPUK's sport en GALA over te hevelen naar het gemeentefonds. (Bijna) alle gemeenten doen er in vergelijkbare mate aan mee. De achterliggende taak kan dus globaal en beperkt worden omschreven. Daarmee wordt de SPUK GALA structureel – net zoals de taak structureel is. Bovendien wordt de vereiste verantwoording daarover (inhoudelijk en financieel) dan veel beperkter.

Volksgezondheid in brede zin

Naast de taken voor de volksgezondheid die beschreven worden in de Wet publieke gezondheid, voeren de gemeenten veel taken uit die *indirect* de volksgezondheid bevorderen, omdat de kosten die gemeenten daarvoor maken worden beïnvloed door de gezondheid van de bevolking of omdat het een voorziening is die de algemene gezondheid bevordert. Men zou dit ook volksgezondheid in brede zin kunnen noemen. Dit zijn taken in de volgende sectoren:

- jeugdzorg
- Wmo
- sport
- welzijn
- gezonde schoolgebouwen
- riolering

8 https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2024-17398.pdf.
9 'Wijziging van de Regeling specifieke uitkering stimulering sport 2024–2025 in verband met toevoeging van het uitkeringsplafond voor 2025 en wijziging van de aanvraagperiode en de bijlage', in: *Staatscourant*, 21 november 2024, nr. 37.956, https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2024-37956.pdf.

Ook taken uit de Participatiewet zijn hieronder te scharen, omdat een steeds groter deel van de doelgroep medische en/of psychische problemen heeft. Ook voor bijna al deze indirecte bevordering van de volksgezondheid krijgen de gemeenten geld van het Rijk, deels via het gemeentefonds en deels via specifieke uitkeringen:

Taken die raken	Gemeentefonds	Specifieke uitkering (SPUK)
Jeugdzorg	✓ (au en du)	✓ afbouw gesloten jeugdzorg
Wmo	✓ (au)	
Sport	✓ (au)	✓ SPUK-sport
Participatiewet	✓ (au)	✓ SPUK BUIG
Welzijn	✓ (au)	✓ SPUK GALA
Schoolgebouwen	✓ (au)	
Riolering		

Sommige van die specifieke uitkeringen zijn te rechtvaardigen vanuit de grote kostenverschillen tussen de gemeenten. Andere zijn vrij gelijkmatig verdeeld over de gemeenten, zeker meerjarig bekeken.

Gemeente als coördinator

De VNG ziet daarnaast een rol voor de gemeente als beleidsmaker en coördinator, die alle betrokken gezondheidspartijen bij elkaar brengt om de plannen op elkaar af te stemmen.[10] Die afstemming is belangrijk. Ten eerste is daarmee de totale gezondheidszorg mogelijk efficiënter te maken, met meer aandacht voor preventie. En ten tweede is misschien een verbetering mogelijk in het totale systeem van volksgezondheid.

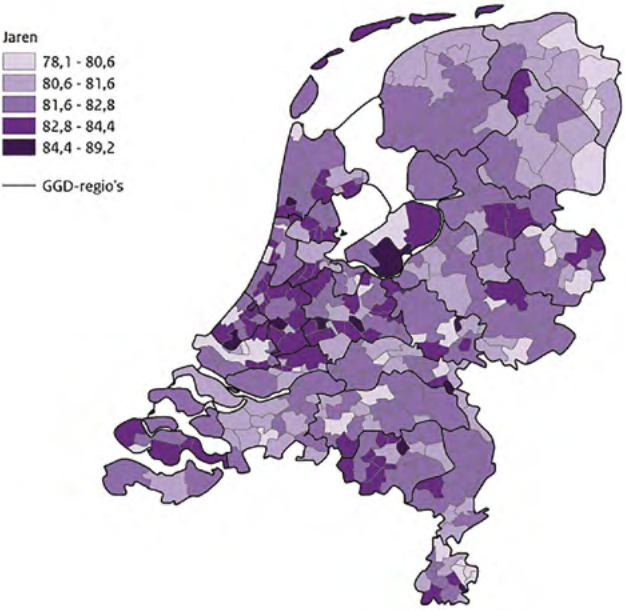
Onderstaande kaart geeft de levensverwachting van degenen die geboren zijn in 2019 – 2022. Die kaart illustreert twee zaken:

1. Er zijn aanzienlijke gezondheidsverschillen tussen de gemeenten, wat een indicator is dat er gezondheidswinst te behalen is.
2. Waar in de bestuurlijke en financiële verhoudingen gelijkwaardigheid van alle voorzieningen het uitgangspunt is, lijkt dat niet het streven in de gezondheidszorg.

10 VNG (z.d.). *De gemeentelijke rol in gezondheidsbeleid.* https://vng.nl/artikelen/de-gemeentelijke-rol-in-gezondheidsbeleid.

Bij de bestuurlijke en financiële verhoudingen is 'gelijkwaardige beschikbaarheid van voorzieningen in alle gemeenten' een basisuitgangspunt. Bij gezondheidszorg ontbreekt zo'n streven.

Levensverwachting bij geboorte 2019-2022, per gemeente



Bron: https://www.vzinfo.nl/levensverwachting/regionaal/bij-geboorte#levensverwachting-gemeente

Enkele mogelijkheden ter verbetering

1. Gemeenten kunnen aanwezigheid van basisgezondheidszorg bevorderen

De gemeentelijke volksgezondheidstaken liggen vooral op het gebied van de publieke gezondheid. De 'taken die raken' zijn breder, die raken indirect de gezondheid van individuele inwoners van de gemeente. Directer van invloed op de gezondheid van individuele inwoners van de gemeente is bijvoorbeeld het aanwezig zijn van een huisarts. Gemeenten verzorgen geen huisartsdiensten – huisartsen vestigen zich waar zij willen. Het bevordert echter de leefbaarheid van een dorp of wijk zeer als er voldoende huisartsen zijn. Daarom is het bevorderen daarvan ook te beschouwen als een gemeentelijke taak. Gemeenten kunnen huisartsen lokken met goede voorwaarden, zoals een vestigingsplaats.[11]

11 Zie bijv. https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/amstelveen-gaat-huren-huisartsen-verlagen-zelf-bouwen.

Gemiddeld[12] heeft een inwoner van Nederland een huisartsen*praktijk* op 1,1 km. Dat varieert echter van 0,4 km (Schiermonnikoog) tot 2,8 km (Texel). Gemiddeld heeft een inwoner van Nederland een huisartsen*post* op 6,9 km. Dat varieert echter van 1,9 km (Leiderdorp) tot 26,7 km (Harlingen) – en de afstand is zelfs nog veel groter voor inwoners van de Friese waddengemeenten.
Gemeenten nemen regelmatig initiatieven voor de vestiging of het behoud van een huisartsenpraktijk maar veelal pas als er een probleem opdoemt. Voor regio's zou misschien zelfs de aanwezigheid van een ziekenhuis een soortgelijke overweging kunnen zijn als die alle gemeenten maken bij huisartsen.

Ook de aanwezigheid van instellingen voor langdurige zorg in een gemeente is geen vanzelfsprekendheid. Gemeenten zouden ook hier beleid op kunnen voeren.

2. Gemeenten kunnen een 'doorlopende lijn' organiseren
Zoals ook al uit het overzicht van onderdelen van de specifieke uitkering GALA blijkt, bevorderen de gemeenten de gezondheid bij allerlei losse aspecten van en gebeurtenissen in mensenlevens: de eerste levensjaren, de jeugdgezondheidszorg voor inentingen en schoolarts, sport, seksueel overdraagbare aandoeningen, en ouderdom. Maar een 'doorlopende lijn', waarin gemeenten de gezondheid van hun inwoners gedurende hun hele leven bevorderen, zit daar niet in. Zo'n doorlopende lijn zou de effectiviteit en efficiëntie van gezondheidsbevordering echter aanzienlijk kunnen bevorderen, zowel voor de preventieve taken (van de gemeenten) als voor de totale zorgkosten.

3. Financiële prikkel voor preventie
Per inwoner geven de gemeenten minder dan één euro per jaar uit voor de aanpak van overgewicht en obesitas. Dat is € 18 miljoen per jaar. De Rijksoverheid doet ook nog wat op dat gebied, met algemene voorlichting over gezond leven.

Met de huidige lage uitgaven aan preventie is het waarschijnlijk dat een forse impuls voor preventie van overgewicht voor de maatschappij financieel rendabel is. De gemeenten kunnen daar een centrale rol in vervullen, met een actief aanbod van voorzieningen tegen een lage prijs. In gemeenten met zelfredzame inwoners zou bijvoorbeeld een abonnement op een sportschool van € 300 per inwoner per jaar maatschappelijk rendabel kunnen zijn. In andere gemeenten past een actiever gemeentelijk aanbod wellicht beter. Alle gemeenten kunnen met de inrichting van hun openbare ruimte de kans op overgewicht bij mensen beperken – maar dat kost geld. Echter, die kosten zijn altijd lager dan de zorgkos-

12 Centraal Bureau voor de Statistiek (22 november 2024). *Regionale kerncijfers Nederland.* Statline: https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/70072ned/

ten van overgewicht van € 11.500 per jaar per volwassene met overgewicht – in totaal bijna € 80 miljard per jaar.[13]

Wat geldt voor overgewicht, geldt ook voor alcoholmisbruik. De maatschappelijke kosten daarvan zijn minstens € 6 miljard.[14] Natuurlijk zijn er allemaal programma's van de overheid om dat misbruik terug te dringen. Maar het accent daarbij ligt niet bij de overheidslaag die het dichtst bij de inwoners staat: de gemeenten. Voor tegengaan van alcoholmisbruik bevat de specifieke uitkering GALA € 3 miljoen.

Hoewel financiële prikkels in de financiële verhoudingen niet altijd werken – gemeenten zijn immers intrinsiek al geneigd het goede voor de inwoners te doen – zou dat hier wellicht wel een idee zijn vanwege de enorme potentiële financiele opbrengsten voor de maatschappij. Een financiële beloning voor gemeenten die het overgewicht van hun inwoners terugbrengen zou de maatschappij veel kosten kunnen besparen.

Zo'n financiële prikkel kan de vorm van een 'bonus bij goed resultaat' zijn. Het kan ook bestaan uit (forse) cofinanciering door het Rijk van de kosten van diverse genoemde maatregelen om de gezondheid te bevorderen, bijvoorbeeld voor de openbare inrichting.

4. Gezondheidssituatie inwoners een grotere rol geven in verdeelmodellen

Gemeenten krijgen nu in het gemeentefonds niet meer of minder geld vanwege de slechte of goede gezondheid van hun inwoners. De gemeentelijke taken op het gebied van volksgezondheid zijn onderdeel van het cluster Sociale basisvoorzieningen.[15] Dat wordt verdeeld met algemene verdeelmaatstaven die niet specifiek gericht zijn op de volksgezondheid, zoals de migratieachtergrond van de inwoners.

Daar staat tegenover dat sommige verdeelmodellen van beleid dat níét over de volksgezondheid gaat, wél gezondheidsaspecten bevatten. Zo bevat het objectieve verdeelmodel van de BUIG[16] maatstaven over zorgkosten, huisartskosten, ziekenhuiskosten, gebruik van GGZ-zorg en medicijngebruik.

13 Maastricht University (1 februari 2022). *Kosten overgewicht en obesitas ruim € 79 miljard per jaar.* https://www.maastrichtuniversity.nl/nl/nieuws/kosten-overgewicht-en-obesitas-ruim-€79-miljard-jaar.

14 RIVM (2018). Jellinek (2019). *Hoeveel kost alcohol de maatschappij?* https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoeveel-kost-alcohol-de-maatschappij/.

15 Ministerie BZK (21 maart 2024). *Begrotingsanalyse 2024.* https://commissiebbv.nl/file/download/ebff4ab9-9854-4358-8a9f-b6a2a7c478of/begrotingsanalyse-2024_internet.xlsx.

16 Bundeling uitkeringen inkomensvoorzieningen gemeenten.

Gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt dus met algemene maatstaven verdeeld en maatstaven voor de verdeling van gezondheid worden gebruikt voor ander gemeentelijk beleid. Dat is minder onlogisch dan het lijkt. Er is namelijk een inhoudelijke samenhang tussen de kostenverschillen van de gemeenten op sociaal terrein en de gezondheidsverschillen tussen de inwoners. Daarmee zijn diverse gezondheidsmaatstaven een potentiële verdeelmaatstaf voor allerlei verdeelmodellen, in het gemeentefonds (algemene uitkering en decentralisatie-uitkeringen) en van specifieke uitkeringen.[17]

Conclusie

De rol van de gemeenten in de gezondheidszorg is nu zeer beperkt. Uitbreiding daarvan is al snel effectief en efficiënt, gezien de hoge, snel stijgende kosten van de gezondheidszorg. De discussie zal nu eerst moeten gaan over de vraag óf de gemeenten die taak intensiever moeten gaan uitvoeren, en pas daarna over de vragen wat en hoe. Eerst de politiek, dan de techniek.[18] Zeker is wel dat er veel mogelijk is, zowel op ruimtelijk gebied (inrichting openbare ruimte) als op sociaal gebied. Nu liggen de kosten echter bij de gemeenten en komen de opbrengsten elders. Voor een betere maatschappelijke afweging zouden financiële prikkels voor gemeenten een mogelijkheid zijn.

17 Dat houdt overigens het gevaar in van een verkeerde prikkelwerking, dat gemeenten mínder geld krijgen als ze de gezondheid van hun inwoners bevorderen. Zie Sirius.nl (6 december 2017). Asten wordt benadeeld door Rijk. https://siris.nl/nieuws/artikel/89189781-asten-wordt-benadeeld-door-rijk.

18 ROB (januari 2017). *Eerst de politiek, dan de techniek.*

Brede SPUK: een last of een zegen?[1]

Gwendolyn Boom, Sander van der Krogt[2]

Zestig jaar geleden, toen de verzorgingsstaat in de kinderschoenen stond, was de heersende gedachte dat de Rijksoverheid het best in staat was om centraal te bepalen wat nodig was. Lokale overheden hadden slechts een aanvullende rol. Vóór die tijd was het aan de kerk, de diaconie of liefdadigheidsinstellingen om zich te bekommeren om de armen, ouden van dagen en zieken. Vanaf het midden van de vorige eeuw veranderde dit beeld: het Rijk was de centrale motor en nam de regie op zich.

Met de decentralisatie van de Wmo en later de Jeugdwet is dit beeld echter bijgesteld. Nu werd de overtuiging breed gedeeld dat juist de gemeenten het best in staat waren om te organiseren wat nodig was. Door de goede lokale kennis en de behapbare schaal van een gemeente zou het werk bovendien veel efficiënter uitgevoerd worden. Kortom, het ministerie functioneert als een kernministerie en de gemeente is de beste entiteit voor het sociaal domein. Het Rijk veronderstelde zelfs dat direct 10% efficiëntiekorting ten opzichte van zijn eigen begroting kon worden gerealiseerd.

Deze set enthousiaste aannames heeft er mede toe geleid dat de gemeente de eigenaar werd van de regelingen in het sociaal domein. Ondanks een wat lastige start, is dit over het algemeen goed opgepakt. De financiële middelen die hiervoor gereserveerd waren, bleken alleen niet toereikend te zijn: veelal moesten er riante aanvullingen worden gehaald uit andere gemeentelijke middelen.

Met de specifieke uitkeringen (SPUK's) op zich, en de brede SPUK in het bijzonder, lijkt er een ommezwaai te ontstaan in deze zienswijze. Hoewel gemeenten nog steeds belangrijk zijn voor het lokale gezondheidsbeleid, is de nieuwe entiteit voor gezondheidsbeleid plots de regio geworden. Dat betekent dat de samenwerkingsregio nu het centrale aanspreekpunt is voor het voorliggend veld met uiteenlopende functies daarin; van bewegen en sporten, cultuur en digitale vaardigheden tot aan Advanced Care Planning toe. De gemeenten zelf hebben dit niet zozeer bedacht. De Rijksoverheid stuurt hier actief op. Sterk gechargeerd zou je kunnen stellen dat met de brede SPUK het Rijk bepaalt wat gemeenten moeten

1 Dit is een bewerking van een eerder artikel, 'Brede SPUK een last of een Zegen', geschreven voor het magazine *Gala in aktie* van Pont-Sociaalweb in samenwerking met factum-Advies.

2 Gwendolyn Boom is senior beleidsadviseur sociaal domein bij Factum; Sander van der Krogt is senior beleidsadviseur sociaal domein bij Factum.

doen, met wie, wanneer en tegen welke (tijdelijke) Rijksbekostiging. Kortom, er ontstaat een nieuwe vorm van centralisatie.

De feitelijke lokale invloed van gemeenten neemt af, omdat naast lokale accenten ook regionale overwegingen een rol gaan spelen. En dit geldt niet slechts voor nieuwe beleidszaken. Veel van wat er in de brede SPUK is opgenomen bestaat uit actuele bestaande taken op deze terreinen, waarvoor tot op heden vooral de gemeente actief was. Er is dus sprake van een duidelijke verschuiving in visie.

Ook vanuit democratisch oogpunt heeft de regionalisering een bijsmaakje, omdat samenwerkingsregio's geen directe democratische verantwoording kennen. Er is sprake van een vorm van uitholling van de lokale democratie omdat inwoners weinig invloed of inspraak op een regionaal orgaan hebben. Wanneer ook nog commerciële partijen betrokken raken bij dit proces, kan dit de democratie nog verder in gevaar brengen.

Kijkend naar het element tijdelijkheid van de Rijksbekostiging zien we wel enige reden om hier heel scherp op te zijn. Het is onverantwoord de gemeenten met het financiële risico voor de voortzetting van dit beleid te laten zitten, zeker gezien de verwachte tekorten bij een nieuw kabinet en de financiële situatie van gemeenten in 2026, het beruchte begrotingsjaar.

> 'Een serieus aandachtspunt: we moeten erop letten dat wat we samen bedenken, ook continuïteit biedt voor inwoners.'

Dit brengt ons bij de kwestie van de SPUK's en het perspectief van de inwoners. Een serieus aandachtspunt: we moeten erop letten dat wat we samen bedenken, continuïteit biedt voor inwoners. Temeer omdat de huidige aanvragen brede SPUK tot en met 2026 lopen, wat er daarna komt is onzeker. Het enige wat zeker is, is dat lasten die hoger zijn dan de nieuwe Rijkbekostiging na 2026, betaald moeten worden vanuit de algemene middelen van de (regio)gemeenten.

Dit is een beschouwing van de huidige ontwikkelingen in de SPUK-regionaliseringsbeweging. Of deze goed of slecht zijn, is een complexe vraag die niet eenduidig kan worden beantwoord. Hoewel minder autonomie voor de gemeenten als ingrijpend kan worden ervaren, biedt elke beweging ook kansen voor vernieuwing. Het brengt meer spelers in het spel, stimuleert een breder collectief gedachtegoed en biedt nieuwe kansen, die over het algemeen positief zijn voor inwoners. Interessant ook is dat zorgverzekeraars, de enige financiële netto winnaars van investeringen in de gezondheid, nu ook zijn opgenomen als samenwerkingspartners van de brede SPUK. Dit is een grote vernieuwing. Onderzoek naar samenwerking aan overlegtafels op verschillende gebieden heeft aangetoond dat

inhoudsgedreven samenwerking zinvol is en creativiteit en ontwikkeling bevordert. Tegelijk is gebleken dat zodra financiële belangen een rol spelen, de inhoud ernstig lijdt onder de verhoudingen aan tafel. Zorgverzekeraars streven winst na, terwijl in het voorliggend veld veel organisaties zonder winstoogmerk actief zijn, die veelal met vrijwilligers werken. Onwillekeurig roept het nieuwe overleg, met soms kleine gemeenten, andere partijen uit de regio en de grote verzekeraars, toch een beetje een Calimero-effect op.

De verschuiving van individuele gezondheid naar gemeenschappelijk welzijn is niet alleen noodzakelijk om de groeiende vraag naar zorg aan te kunnen. Het biedt ook een gemeenschappelijk perspectief om te ontsnappen aan het groeiende individualisme. Het inrichten van zowel het voorliggende veld, als de overgang tussen eerste- en tweedelijnszorg, zodat bijvoorbeeld huisartsen worden ontlast, is een ambitieus streven. Een tijdelijke maatregel zoals een SPUK past eigenlijk niet bij dit ambitieuze doel. De entiteit regio kan zeker helpen om in de komende jaren de soms triest kleine budgetten, voor onderdelen van de brede SPUK, van individuele gemeenten op te plussen tot een echt nuttige voorziening. De vraag is dan alleen of dit voordelig is voor alle deelnemers in de regio, en niet alleen voor de grootste. Daarnaast moeten bepaalde bedragen worden afgedragen aan bijvoorbeeld de GGD.

Met de regiogedachte is er weer een nieuw fenomeen bijgekomen waarover we ons moeten buigen: Wat doen gemeenten die op de grens van twee regio's zitten met inwoners die in beide regio's hun heil zoeken? Hoe bewaken zij een goed passend arrangement voor hun nieuwe 'grensbewoners'? Feit is, dat gezondheid en alle in de brede SPUK samengebrachte thematiek voor de inwoners zeker niet ophoudt bij de gemeentegrens. Een ruimere benadering zou meer recht doen aan de inwoners. Daar ligt de uitdaging die we allen gaan oppakken.

Tot slot, laten we niet vergeten dat dit geen theoretische discussie is; ze heeft betrekking op echte mensen wier levens op belangrijke manieren worden beïnvloed door wat we centraal in het kader van de brede SPUK bedenken en beslissen. Onze inwoners verdienen het dat we hén centraal stellen in onze onderhandelingen.

Afbakeningsproblematiek in de uitvoering van de Wmo 2015: hoe gemeenten te stimuleren tot preventie?

Eline Linthorst[1]

Inleiding

Het is alweer tien jaar geleden dat de langdurige zorg ingrijpend werd hervormd en in het kielzog daarvan het sociaal domein werd gedecentraliseerd. Dit betekende een knip tussen welzijn enerzijds en zorg anderzijds, waarbij maatschappelijke ondersteuning werd losgekoppeld van de oude Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en ondergebracht bij gemeenten.[2] Doel van deze hervormingen was om mensen zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving te laten wonen, met ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo). Daarmee hoopte men complexere zorgvragen te kunnen uitstellen of zelfs voorkomen; een focus op preventie dus. Gemeenten werden vanwege hun nabijheid tot inwoners geacht het best uitvoering te kunnen geven aan deze ondersteuning.[3]

Men ging destijds met hoge verwachtingen van start. Door afstemming met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en professionals zouden gemeenten domein overstijgend maatwerk kunnen bieden: ondersteuning die beter aansluit bij de noden en behoeften van de individuele burger. Dit alles zou gerealiseerd kunnen worden met een beperkt budget. De gedachte was namelijk dat gemeenten door de integrale benadering efficiënter zouden werken en dat ondersteuning pas hoeft te worden ingezet wanneer mensen hun hulpvraag echt niet zelf kunnen oplossen – bijvoorbeeld met steun van het sociaal netwerk, mantelzorg of andere voorliggende voorzieningen.[4]

Wat is er tien jaar later van deze ambities terechtgekomen? De combinatie van integrale ondersteuning en een forse korting van het budget blijkt in de praktijk een lastige opgave. Het beloofde maatwerk blijft vaak uit, en de houdbaarheid van de Wmo staat onder toenemende druk.[5] Het SCP waarschuwt voor het ravijn-

1 E.M. Linthorst, LL.M is universitair docent bij de sectie Health, Law & Ethics, Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam, doet onderzoek naar vraagstukken in het sociaal domein op het snijvlak van recht en bestuur.

2 Kamerstukken II 2012/13, 30597, nr. 296; *Kamerstukken II* 2013/14, 33841, nr. 3, paragraaf 1; Raad van State 2016.

3 Kamerstukken II 2013/2014, 30597, nr. 296; *Kamerstukken II* 2012/13, 32620, nr. 78, p. 18; Kamerstukken II 2010/11, 32620, nr. 2, p. 9; Brief minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 19 februari 2013, Kenmerk 2013-0000108917, pp. 1, 6.

4 *Kamerstukken II* 2012/13, 32620, nr. 78, p.20.

5 *Kamerstukken II*, 2022/23, 29538, 357, Bijlage 'Historische analyse Wet maatschappelijke ondersteuning 2015'; SCP 2022.

jaar 2026, waarin verdere verschraling vooral kwetsbare inwoners zal raken, en gemeenten mogelijk nog verder zullen snijden in preventieve maatregelen.[6]

Dit is slecht nieuws in tijden waarin het belang van preventie alleen maar toeneemt als gevolg van de grote uitdaging die de dubbele vergrijzing vormt voor de samenleving. In plaats van aan structurele versterking van het sociaal domein als voorportaal voor de langdurige zorg, geven gemeenten echter de voorkeur aan kostenbesparende maatregelen. Gemeenten zetten vooralsnog verder in op 'zelfredzaamheid' en de kracht van het sociaal netwerk – inmiddels herverpakt als 'samenredzaamheid' of 'een goede dag op eigen kracht'. Hoeveel verbale vernieuwing je er ook tegenaan gooit: de onderliggende logica blijft dezelfde terwijl de rek eruit is.[7] Informele zorg is overbelast, zoals recente rapporten aantonen, en de grenzen van wat men mag verwachten van kwetsbare burgers zelf zijn bereikt.[8] Wat bedoeld was als een systeem om mensen langer zelfstandig te laten wonen, dreigt te verworden tot een stille afbouw van ondersteuning, zonder alternatief.

Dit beleid schiet niet alleen tekort, maar werkt ook averechts. Door ondersteuning steeds meer uit te kleden, verdwijnen belangrijke voorwaarden voor preventie, zoals vroegsignalering en het sociale aspect van ondersteuning.[9] Het risico is dat hulpvragen escaleren omdat hulp niet tijdig wordt ingezet. In plaats van verder te beknibbelen bij de toegang tot ondersteuning, kan men dus beter investeren in een sterke sociale infrastructuur om de burger heen.

Een belangrijk aanknopingspunt daarvoor is betere samenwerking tussen domeinen. Juist de afstemming tussen de Wmo, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) is cruciaal voor preventie én houdbaarheid van het systeem. Toch komt die samenwerking in de praktijk onvoldoende van de grond. Financiële prikkels sturen op afschuiving in plaats van samenwerking.[10] Voor gemeenten is investeren in preventie niet financieel aantrekkelijk, omdat de baten elders neerslaan – bij zorgverzekeraars of in de langdurige zorg.[11] Dit *wrong pocket*-probleem staat goed beleid in de weg.

De vraag die dan ook rijst, is: hoe kunnen gemeenten wel worden gestimuleerd om te investeren in preventie en daarin samen op te trekken met andere zorg-

6 SCP (2025). *Sociale en Culturele Ontwikkelingen 2025*. https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2025/02/18/sociale-en-culturele-ontwikkelingen-2025.

7 Van Twist, M. (1995). *Verbale vernieuwing. Aantekeningen over de kunst van bestuurskunde* [Proefschrift].

8 SCP (2020). *Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*; Nationale ombudsman (2023). Burger in zicht! Een onderzoek naar participatie en invloed van de burger in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Rapport 2023/041).

9 Linthorst, E.M. & Oldenhof, L. (2024). Maatwerk als open norm: grenzenwerk bij de verdeling van taken in het huishouden. *Bestuurskunde, 33*(4), 36-49.

10 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022). *Grenzeloos samenwerken?*

11 Wouterse, B. & Bakx, P. (2021). Prikkels voor kwaliteit en preventie bij inkoop ouderenzorg moeten beter, *ESB* 2021, 106(4802).

domeinen? In het vervolg van deze bijdrage schets ik eerst het wettelijk kader en analyseer ik hoe het gebrek aan afstemming en de nadruk op kostenbeheersing contraproductief uitpakken. Ik zoom daarbij in op twee niveaus: de gevolgen voor burgers (uitvoering) en de gevolgen voor de rechtspraktijk (juridische afbakeningsgeschillen). Aan de hand van de bevindingen van mijn eigen onderzoek pleit ik voor een versterkte regierol van gemeenten – mits daarvoor ook de juiste randvoorwaarden worden gecreëerd. Alleen dan kan het sociaal domein zijn preventieve belofte waarmaken.

Wettelijk kader hervorming langdurige zorg

De hervorming van de langdurige zorg had als doel de zorg efficiënter en dichter bij de burger te organiseren. De AWBZ werd opgeheven en vervangen door een driedeling in het zorgstelsel: de Zvw voor verpleging en verzorging in de thuissituatie; de Wlz voor personen die permanent toezicht en 24-uurszorg nodig hebben; en de Wmo voor ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie, beschermd wonen en opvang.[12]

De Wmo werd daarmee het sluitstuk van het nieuwe stelsel, dat bedoeld was om burgers te ondersteunen wanneer andere vormen van hulp tekortschieten. Gemeenten kregen de taak om deze ondersteuning op maat te leveren en – waar nodig – te coördineren met zorg vanuit de Zvw of Wlz.

In de memorie van toelichting bij de Wmo benadrukte de wetgever het belang van een goede samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en professionals. Duidelijke positionering van verantwoordelijkheden zou professionals vanuit de verschillende zorgdomeinen helpen beter samen te werken en burgers minder hinder te laten ondervinden van versnipperde zorg.[13]

Het is echter de vraag of dit wel zo eenvoudig is. Waar de hervorming beoogde om schotten tussen zorgdomeinen te doorbreken, ontstaan door de harde knip tussen zorg en ondersteuning ook nieuwe schotten. Zo werd de functie persoonlijke verzorging gesplitst tussen Wmo 2015 (begeleiding bij zelfredzaamheid) en Zvw (verpleging en verzorging). Ook bestaat een scherpe grens tussen ondersteuning thuis (Wmo/Zvw) en intramurale zorg (Wlz). Burgers krijgen hierdoor te maken met verschillende uitvoerders, bekostigingsregimes en toegangsnormen, terwijl hun ondersteuningsvraag vaak domein overstijgend is.[14] In mijn proefschrift naar de uitvoering van de Wmo heb ik onder andere onderzocht wat de gevolgen in de praktijk zijn van deze nieuwe scheidslijnen en wat dit betekent voor de preven-

12 Kamerstukken II 2003/04, 29538, nr. 1, p. 2; *Kamerstukken II* 2012/13, 30597, nr. 296, p. 2; SER 2008; RVZ 2008; Taskforce beheersing zorguitgaven 2013.
13 *Kamerstukken II* 2013/14, 33841, nr. 3.
14 B. Wallage & W. Koelewijn (2021). Afbakeningsgeschillen in de gezondheidszorg: van het kastje naar de muur, in: *Juridische vragen in het sociaal domein* (R&P 2021, nr. DR4), 4.

tieve functie van het sociaal domein.[15] Om de samenhang te vangen tussen verschillende niveaus waarop uitvoering wordt gegeven aan de wet, heb ik gekozen voor een multi level aanpak. Ik heb zowel het uitvoeringsniveau (met observaties van keukentafelgesprekken en interviews met professionals en cliënten) als het juridisch niveau (middels jurisprudentieanalyse) bestudeerd. Deze combinatie stelde mij in staat te laten zien hoe het gebrek aan afstemming doorwerkt op beide niveaus – en hoe de wet uitpakt in de implementatiefase.

Probleemanalyse en doorwerking op uitvoerings- en juridisch niveau

Afbakeningsproblematiek op uitvoeringsniveau
Uit mijn observaties van keukentafelgesprekken blijkt dat inwoners regelmatig te maken hebben met hulp vanuit meerdere domeinen; bijvoorbeeld persoonlijke verzorging via de wijkverpleging (Zvw) en huishoudelijke ondersteuning via de Wmo. Zoals blijkt uit interviews met professionals is van afstemming echter nauwelijks sprake, zelfs niet als de hulp door dezelfde zorgaanbieder wordt geleverd.

Professionals zien echter wel in dat afstemming belangrijk is. Dat gedeelde cliëntmappen zijn verdwenen en contactinformatie vaak beperkt is tot algemene kantoornummers, zorgt ervoor dat professionals vaak niet weten wie ze moeten bellen als er iets misgaat. Zeker als het gaat om complexe doelgroepen waar gemeenten nog niet veel ervaring mee hebben, is het volgens professionals belangrijk dat er overleg bestaat tussen persoonlijk begeleiders en ondersteuning thuis omdat taken in elkaars vaarwater kunnen komen. Waar persoonlijke begeleiding erop ziet iemand terug te leiden tot zelfstandigheid, wil de huishoudelijke hulp vooral de vooraf omschreven taken goed uitvoeren.

Burgers ervaren de versnipperde zorg als belastend. Dit leidt bijvoorbeeld tot onduidelijkheid over wie voor welke hulp precies komt. Voor cliënten is het moeilijk te begrijpen dat de persoon die hun 's ochtends de steunkousen aantrekt, niet ook een wasje mag doen. Daarnaast blijkt uit de observaties dat er een sterke focus is op afgebakende taken binnen het eigen zorgdomein, waardoor alles wat daar niet onder valt niet wordt opgepakt. Zo wordt het gezamenlijke kopje thee bijvoorbeeld niet als onderdeel van de taakuitvoering van de huishoudelijke hulp gezien. Voor de burger is het ontbreken van het sociale element van ondersteuning echter een gemis. Dit is zonde in een tijd waarin het bestrijden van eenzaamheid een belangrijk beleidsthema is.

Wat door de sterke focus op specifieke taken ook in de knel komt, is het totaaloverzicht op het welzijn van de burger en de signaleringsfunctie van ondersteuning.

15 E. Linthorst (2024). *Maatwerk, van de wet tot aan de keukentafel. Keten of fuik?* [Binnenlands Bestuur en Decentralisatie-reeks], Boom Juridisch.

Daarbij wordt uitgegaan van een zogenoemd 'piepsysteem': gemeenten indiceren liever aan de krappe kant in de verwachting dat burgers zelf aan de bel trekken wanneer dit niet meer zou volstaan. Maar dit is niet realistisch: sommige burgers zijn vraagschuw, anderen overschatten hun mogelijkheden. Daar komt bij dat hulpverleners die puur voor schoonmaak zijn gekwalificeerd, de expertise missen om tijdig achteruitgang bij een cliënt te herkennen en te signaleren. Zo ontstaan situaties waarin tijdige ondersteuning uitblijft, met escalatie tot gevolg, terwijl deze eenvoudig voorkomen had kunnen worden. Voor effectieve preventie zijn juist de 'ogen en oren' van ondersteuning aan huis essentieel. Maar in de huidige praktijk wordt deze signaleringsfunctie nauwelijks benut. Dit is een gemiste kans: ben je achter de voordeur bij de burger, en dan laat je dit aspect onbenut.

Afbakeningsproblematiek op juridisch niveau

Uit het jurisprudentieonderzoek blijkt dat de onduidelijkheid over verantwoordelijkheden in de stelselwetten regelmatig tot afbakeningsgeschillen leidt in de rechtspraktijk. De Wmo is een zogenoemde restwet: gemeenten zijn verplicht zorgvuldig te onderzoeken of ondersteuning vanuit de Wmo nodig is, ook als er samenloop is met de Zvw of de Wlz. Hierbij staat maatwerk centraal: de geboden voorziening moet een passende oplossing zijn voor het probleem van de burger. Toch proberen gemeenten in de praktijk regelmatig hun verantwoordelijkheid te beperken door burgers door te verwijzen naar andere zorgdomeinen. Gemeenten worden daarin echter door de Centrale Raad van Beroep (CRvB) (terecht) teruggefloten.

Een voorbeeld is de casus over het beëindigen door de gemeente van een Wmo-voorziening individuele begeleiding tijdens het verblijf van een cliënt in het Nederlands Astmacentrum Davos.[16] De gemeente was van mening dat de benodigde ondersteuning tijdens dit verblijf onder de Zvw viel. De CRvB oordeelde echter dat de gemeente onvoldoende had onderzocht of de Zvw daadwerkelijk voorzag in de volledige behoefte. Zelfs als een andere wet van toepassing is, moet de gemeente eerst zorgvuldig nagaan of Wmo-ondersteuning (deels) nodig blijft. Deze zorgvuldigheid is essentieel om te voorkomen dat cliënten tussen wal en schip vallen.

In een recentere casus werd een aanvraag voor persoonlijke begeleiding vanuit de Wmo afgewezen omdat de vrouw in behandeling was bij een psychotherapeut op grond van de Zvw.[17] Volgens de gemeente bood dit voldoende ondersteuning. De vrouw stelde echter dat zij ondanks die behandeling nog steeds begeleiding nodig had om haar dagelijkse leven te structureren en zelfstandig te blijven functioneren. De CRvB vernietigde het besluit: begeleiding en behandeling zijn wezenlijk verschillende vormen van hulp, en de gemeente had de aanvraag niet mogen

16 ECLI:NL:CRVB:2021:758.
17 ECLI:NL:CRVB:2023:1508.

afwijzen zonder zorgvuldig te beoordelen of de vrouw daadwerkelijk op begeleiding via de Wmo was aangewezen. Uit het medisch advies bleek dat begeleiding aanvullend noodzakelijk was, óók naast behandeling. Gemeenten mogen dus niet op voorhand aannemen dat de ene voorziening de andere overbodig maakt.

Maar ook tussen de Wmo en de Wlz doen zich afbakeningsgeschillen voor. Bij een recente uitspraak draaide het om een aanvraag van een tillift voor een cliënt die woonde in een particuliere woonzorgvoorziening waar hij zorg via een volledig pakket thuis (vpt) op grond van de Wlz ontving.[18] De gemeente wees de aanvraag af, met als reden dat de aanvrager Wlz-geïndiceerd was. Volgens artikel 2.3.5 lid 6 Wmo mag de gemeente een maatwerkvoorziening weigeren als iemand aanspraak heeft op Wlz-zorg. Maar artikel 8.6a Wmo bepaalt dat hulpmiddelen wél verstrekt moeten worden aan Wlz-cliënten die thuis wonen met een vpt. De hamvraag was dan ook: is er bij woonzorgvoorzieningen sprake van 'thuis' wonen? De rechter in eerste aanleg vond van niet, omdat zorg en wonen daarin dusdanig verbonden zijn dat van zelfstandig thuis wonen geen sprake is. De CRvB oordeelde anders: een vpt betekent juist dat iemand níet in een Wlz-instelling verblijft. Artikel 8.6a was dus van toepassing.

Voor gemeenten was dit een financiële tegenvaller, omdat zij nu verantwoordelijk blijven voor hulpmiddelen in particuliere tussenvoorzieningen die het gat opvullen dat is ontstaan door het verdwijnen van de traditionele verzorgingshuizen.

Een interessante tegenbeweging is te zien in de zaak over de PTSS-hulphond.[19] Hier wees de gemeente een aanvraag af omdat het Zorginstituut heeft geoordeeld dat de effectiviteit van hulphonden bij psychische klachten onvoldoende wetenschappelijk is onderbouwd. De CRvB stelde de gemeente in het gelijk. De Wmo, zo oordeelde de CRvB, is niet bedoeld als vangnet voor interventies die bewust niet binnen de Zvw worden vergoed. Hoewel er ook zeker kritiek mogelijk is op deze uitspraak, bijvoorbeeld in het licht van de compensatieplicht van gemeenten om een passende voorziening te treffen ongeacht of de voorziening bewezen effectief is, laat het wel zien dat gemeenten niet vanzelfsprekend de kosten van niet-vergoede interventies uit de Zvw of Wlz hoeven te dragen.

Hoe nu verder?

Zowel op uitvoerend als juridisch niveau blijkt dat een gebrek aan afstemming tussen zorgdomeinen onwenselijke gevolgen heeft. In de praktijk belemmert dit samenhangende en betekenisvolle ondersteuning voor de burger. Kansen voor preventie, zoals vroegsignalering en sociaal contact, raken verloren wanneer niemand domein overstijgend verantwoordelijkheid neemt. In de rechtszaal wordt zichtbaar dat gemeenten regelmatig worden teruggefloten wanneer zij verant-

18 ECLI:NL:CRVB:2025:140.
19 ECLI:NL:CRVB:2024:376.

woordelijkheden proberen af te schuiven. Deze strategie – gestuurd door kostenbeheersing – is juridisch kwetsbaar en ondermijnt het vertrouwen van burgers. Daarbij komt dat sommige gemeenten bewust pas gaan meebewegen wanneer een burger in bezwaar gaat tegen een beslissing, vaak op basis van een kostenbatenafweging of een schikking voordeliger is dan het aanpassen van het beleid voor alle inwoners. Dit creëert ongelijkheid: alleen burgers die assertief genoeg zijn om in bezwaar te gaan, krijgen de voorzieningen waar ze recht op hebben.

Tegelijkertijd hoeven gemeenten niet alles op te vangen wat elders niet wordt vergoed. De uitspraak over de PTSS-hulphond illustreert dit. De Wmo mag geen afvoerputje worden. Dat geldt zeker wanneer meerdere zorgdomeinen baat hebben bij de geboden ondersteuning. Cruciaal is de balans tussen verantwoordelijkheid nemen en afbakenen, zonder dat de burger daarvan de dupe wordt.

Een goed voorbeeld is de steeds populairder wordende interventie van *reablement*, een vorm van fysio-oefentherapie. Deze interventie kan mensen helpen hun zelfstandigheid te hervinden, maar wordt (nog) niet vergoed vanuit de Zvw.[20] Dit terwijl deze interventie op termijn intensievere zorg of beroep op de Wmo kan voorkomen. Gemeenten experimenteren daarom nu maar zelf met reablement in de hoop dat daarmee de inzet van huishoudelijke hulp voorkomen kan worden, een verkapte bezuinigingsmaatregel dus in plaats van een aanvullende preventieve maatregel. Gelet op de compensatieplicht van gemeenten is dit juridisch gezien omstreden. Bovendien blijven ouderen onterecht verstoken van de noodzakelijke ondersteuning.[21]

Dit is mijns inziens een voorbeeld van een interventie waarbij je de zaken om zou kunnen draaien: behandelingen die de Wmo kunnen ontlasten, zouden soms op basis van de Zvw vergoed moeten worden. De Wmo zou zich dan meer kunnen richten op het welzijn en op de sociale functie van ondersteuning. Zolang het voor gemeenten financieel niet loont om te investeren in preventie, zullen zij geneigd blijven om verantwoordelijkheden af te schuiven. Om dat te voorkomen is een eerlijke verdeling van kosten en baten nodig. Als men wil dat gemeenten serieus werk maken van preventie, dienen zij daarvoor ook structureel te worden beloond.

Gemeenten zouden van hun kant meer het voortouw mogen nemen in de samen werking met de andere spelers die van belang zijn voor de hulpvraag van de client; een taak die zij volgens de wet momenteel al hebben ex artikel 2.3.2 lid 4 onder f Wmo. Volgens deze bepaling is de gemeente de regievoerder over integrale ondersteuning. Het is dus tijd deze verplichting ook werkelijk in praktijk te

20 Welzijn en Sport Ministerie van Volksgezondheid. (2022). *Een goede dag op eigen kracht.* https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/12/20/een-goede-dag-op-eigen-kracht.

21 https://nos.nl/artikel/2556446-experts-en-ouderenbond-kritisch-op-eerst-fitness-dan-huishoudhulp.

brengen. Om die regierol te vervullen, moeten de randvoorwaarden wel op orde zijn. Het helpt daarbij als de financiële druk op gemeenten wordt verlaagd. Een eerste verbetering daarin zou zijn het schrappen van het overgangsartikel 8.6a Wmo, waardoor gemeenten niet opdraaien voor voorzieningen in particuliere woonzorglocaties voor personen met een Wlz-indicatie.

Kortom, de koers van afschuiven en bezuinigen is juridisch en praktisch onhoudbaar en werkt averechts. Gemeenten kunnen een sleutelrol spelen in het versterken van preventie – maar alleen als ze daartoe ook in staat worden gesteld. Geen eenrichtingsverkeer, maar geven én nemen tussen domeinen. Alleen dan kan het sociaal domein zijn belofte waarmaken: passende ondersteuning, dichtbij en op tijd.

BIJLAGE I

Samenstelling Raad voor het Openbaar Bestuur

Prof. dr. Caelesta Braun, vicevoorzitter
Hoogleraar Openbaar Bestuur en Maatschappelijke Democratie, Universiteit Leiden

Drs. Salima Belhaj
Oud-Tweede Kamerlid

Dr. Martiene Branderhorst
Algemeen directeur, gemeente Den Haag

Prof. dr. Frank Hendriks
Hoogleraar Vergelijkende bestuurskunde, Tilburg University

Prof. mr. dr. Frank van Ommeren
Decaan van de juridische faculteit en hoogleraar Staats- en bestuursrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam

Prof. dr. Ronald van Raak
Hoogleraar Erasmiaanse waarden, Erasmus Universiteit Rotterdam

Huri Sahin
Burgemeester, gemeente Rijswijk

Drs. Peter Verheij
Zelfstandig adviseur en interim-professional publieke sector

Drs. Arno Visser
Voorzitter Bouwend Nederland