



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Landelijke en lokale uitgaven aan gezondheidsbevordering: een nulmeting**

RIVM-briefrapport 2021-0095  
M. Oosterhoff et al.





Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Landelijke en lokale uitgaven aan gezondheidsbevordering: een nulmeting**

RIVM-briefrapport 2021-0095  
M. Oosterhoff et al.

## Colofon

© RIVM 2021

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2021-0095

M. Oosterhoff (auteur), RIVM  
J. van Leerdam (auteur), Cebeon  
A. Suijkerbuijk (auteur), RIVM  
J. Polder (auteur), RIVM

Contact:  
Anita Suijkerbuijk  
Centrum Voeding, Preventie & Zorg  
anita.suijkerbuijk@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van VWS in het kader van de kennisbasis.

Het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van haar producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook [www.rivm.nl/toegankelijkheid](http://www.rivm.nl/toegankelijkheid).

Dit is een uitgave van:  
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**  
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
Nederland  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Publiekssamenvatting

### **Landelijke en lokale uitgaven aan gezondheidsbevordering: een nulmeting**

Ziekte voorkomen is belangrijk voor de volksgezondheid. Ook scheelt het de overheid kosten voor de zorg als mensen niet of minder ziek worden. Een onderdeel van deze preventie is gezondheidsbevordering. Voorbeelden hiervan zijn een gezonde leefstijl nastreven, en overgewicht en overmatig alcoholgebruik voorkomen.

Het is behulpzaam om gezondheidsbevordering regionaal te organiseren. Dan sluit het goed aan bij de behoeften van inwoners van gemeenten en bepaalde bevolkingsgroepen, zoals ouderen of mensen met lage inkomens. Om dit goed te kunnen doen, is het nodig om te weten wat het kost.

Het RIVM en Cebeon (Centrum Beleidsadviserend Onderzoek) hebben voor het eerst in kaart gebracht hoeveel geld gemeenten hebben uitgegeven aan gezondheidsbevordering. Het gaat hierbij om uitgaven aan de gemeentelijke taken voor volksgezondheid en om sporten te stimuleren. Die blijken laag te zijn en de financiering is vaak tijdelijk. In Nederland is in 2019 gemiddeld per inwoner 21 tot 23 euro aan gezondheidsbevordering uitgegeven.

Hiervan ging iets meer dan de helft naar activiteiten die mensen stimuleren om te sporten (14 euro). Aan andere activiteiten om een gezonde leefstijl te bevorderen gaven gemeenten gemiddeld ruim 6 euro per inwoner uit. Daarvan is 2 euro bestemd voor het werk dat een gemeente hiervoor doet, 1 voor GGD'en en 3 euro voor andere organisaties die door de gemeenten worden betaald. De rijksoverheid gaf 2,5 euro per inwoner uit aan programma's met activiteiten om regionaal of lokaal de gezondheid te bevorderen. Als vergelijking: in 2019 is ongeveer 5000 euro per inwoner uitgegeven aan geneeskundige en langdurige zorg samen.

Dit onderzoek is op verzoek van het ministerie van VWS uitgevoerd. Indirecte kosten die de gezondheid bevorderen uit andere domeinen, zoals voor betere toegang tot werk en onderwijs of armoedebestrijding, zijn niet meegenomen.

Kernwoorden: regionale infrastructuur, gezondheidsbevordering, zorg, preventie, kosten



## Synopsis

### **National and local expenditures for health promotion: a baseline measurement**

Disease prevention is important for public health and may also contribute to contain health expenditure. Health promotion is part of such prevention. Examples include promoting a healthy lifestyle as well as preventing overweight and excessive alcohol consumption.

In order to ensure that health promotion matches the needs of residents of municipalities, such as older residents or persons with low incomes, it is useful to organise health promotion locally and regionally. In order to do so effectively, one must also know what the costs are.

For the first time, RIVM and Cebeon (Centre for Policy Advice Research) investigated how much money has been spent by municipalities on health promotion. This includes expenditures on municipal tasks for public health and to encourage sports. As it turns out, the expenditures were quite limited and often had a temporary nature. In the Netherlands, municipalities spent on average €21 - 23 on health promotion per resident in 2019.

A rather large part (€14) was spent on activities for encouraging people to participate in sports activities. Municipalities spent on average about €6 per resident on other activities aimed at encouraging a healthy lifestyle: €2 was spent on activities carried out by the municipality itself, €1 for municipal public health services, and €3 for other organisations funded by the municipalities. Finally, the national government spent €2.5 per resident on programs with activities aimed at promoting health on a regional or local level. For purposes of comparison, in 2019, approximately €5000 was spent per resident both on medical care and long-term care.

The research was performed at the request of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport. Indirect costs from other domains that also promote health, such as better access to work and education or combating poverty, were not taken into account.

Keywords: regional infrastructure, health promotion, care, prevention, costs





## Inhoudsopgave

### **Samenvatting — 9**

#### **1 Inleiding — 13**

#### **2 Afbakening — 15**

#### **3 Gemeentelijke uitgaven aan gezondheidsbevordering — 19**

3.1 Inleiding — 19

3.2 Afbakening en methode — 19

3.2.1 Vraagstelling en afbakening — 19

3.2.2 Steekproef — 19

3.2.3 Gegevens en interviews — 20

3.3 Gemeentelijke uitgaven op het gebied van volksgezondheid — 21

3.3.1 Omvang en samenstelling uitgaven — 21

3.3.2 Spreiding over gemeenten — 22

3.3.3 Betekenis GIDS-middelen — 24

3.3.4 Verhouding tussen infrastructuur en programma's — 24

3.4 Gemeentelijke uitgaven op het gebied van sportstimulering — 25

3.4.1 Relatie met gezondheidsbevordering — 25

3.4.2 Omvang en samenstelling uitgaven — 25

3.4.3 Spreiding over gemeenten — 25

3.5 Gemeentelijke inzet via sociaal (wijk)teams — 26

3.6 Extrapolatie voor een indicatief landelijk beeld — 27

#### **4 Regionale samenwerking — 29**

4.1 Inleiding — 29

4.2 Afbakening en methode — 29

4.3 Resultaten — 30

#### **5 Activiteiten voor gezondheidsbevordering — 33**

5.1 Inleiding — 33

5.2 Afbakening en methode — 33

5.3 Resultaten — 34

#### **6 Samenwerking op lokaal- en wijkniveau — 37**

6.1 Inleiding — 37

6.2 Afbakening en methode — 37

6.3 Resultaten — 37

#### **7 Monitoring en innovatie — 39**

7.1 Monitoring — 39

7.2 Innovatie — 39

#### **8 Conclusies en beschouwing — 41**

#### **9 Literatuur — 45**

#### **10 Begrippenlijst — 47**



## Samenvatting

Preventie en zorg zijn essentieel voor de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Preventie omvat een breed terrein, van gezondheidsbescherming tot gezondheidsbevordering, en van universele preventie tot zorggerelateerde preventie. De laatste jaren is er meer interesse gekomen voor gezondheidsbevordering. Dit komt tot uiting in beleidsdocumenten en in landelijke programma's zoals het Preventieakkoord. Daarnaast onderstreept de COVID-19 epidemie dat meer aandacht voor gezondheidsbevordering belangrijk is. Een goede leefstijl biedt niet alleen meer kans op een goed beloop van deze infectieziekte maar ook voor tal van andere aandoeningen.

Op het gebied van gezondheidsbevordering werken gemeenten, GGD'en, zorgverleners en zorgverzekeraars al veel samen, met als doel om gezondheidsbevordering op regionaal, gemeentelijk en wijkniveau goed te organiseren. Ondanks de interesse voor gezondheidsbevordering wordt het lastig gevonden om regionale samenwerking tussen betrokken partijen te borgen, verantwoordelijkheden af te stemmen en structurele financiering te vinden voor activiteiten. Er is weinig bekend over de uitgaven aan gezondheidsbevordering. Het ministerie van VWS heeft het RIVM daarom verzocht om een nulmeting te maken van de uitgaven aan gezondheidsbevordering in 2019. Voor dit onderzoek heeft het RIVM samengewerkt met Cebeon om de uitgaven van gemeenten/regio's en GGD'en in kaart te brengen. In dit rapport is een nulmeting gemaakt van de uitgaven aan gezondheidsbevordering ten behoeve van samenwerkingsafspraken op regionaal, lokaal- en wijkniveau, een inhoudelijk aanbod van activiteiten, en op het gebied van monitoring en innovatie.

Aan geneeskundige en langdurige zorg werd in 2019 per inwoner van Nederland 5.300 euro uitgegeven. Uit de nulmeting blijkt dat Nederland in 2019 geëxtrapoleerd naar landelijk niveau 21 tot 23 euro per inwoner heeft uitgegeven aan gezondheidsbevordering met een totaal van 358 tot 388 miljoen euro.

In dit onderzoek is gekeken naar de uitgaven die primair gericht zijn op het verbeteren en het in stand houden van gezondheid van burgers. Daarom is alleen gekeken naar de uitgaven binnen de beleidsterreinen volksgezondheid en sportstimulering. Er zijn geen cijfermatige gegevens verkregen voor de uitgaven aan wijkteams (sociaal domein) en voor de uitgaven van zorgverzekeraars op het gebied van innovatie. Uitgaven aan sportaccommodaties en aanpalende domeinen die indirect gericht zijn op gezondheid, zoals armoedebestrijding, zijn niet meegenomen in deze studie. Gemeenten geven gemiddeld ruim 6 euro per inwoner uit aan gezondheidsbevordering vanuit het taakveld volksgezondheid. Daarvan is 2 euro bestemd voor gemeentelijke inzet, 1 euro voor de inzet van de GGD en 3 euro voor de inzet van overige organisaties die door gemeenten bekostigd worden. Dit blijkt uit cijfers die zijn opgehaald bij 19 gemeenten. Hieruit kan een indicatief beeld van de Nederlandse situatie worden afgeleid. Uit deze nulmeting volgt ook dat gemeenten gemiddeld bijna 14 euro per inwoner uitgeven aan

sportstimulering waarvan ruim 8 euro per inwoner aan buurtsportcoaches. De uitgaven voor gezondheidsbevordering komen zowel ten goede aan het ontwikkelen en onderhouden van samenwerkingsafspraken als aan de uitvoering van activiteiten voor gezondheidsbevordering.

De Rijksoverheid gaf in 2019 2,5 euro per inwoner uit aan programma's met activiteiten voor gezondheidsbevordering op regionaal of lokaal niveau. Daarnaast werd in 2019 naar schatting 0,03 euro per inwoner uitgegeven aan programma's met een focus op het organiseren van samenwerkingsverbanden.

In dit onderzoek zijn voor het eerst de gemeentelijke uitgaven aan gezondheidsbevordering steekproefsgewijs in kaart gebracht. De gemeentelijke uitgaven aan gezondheidsbevordering zijn gebaseerd op een beperkte steekproef van 19 gemeenten. De extrapolatie van bevindingen naar landelijk niveau is daarom met onzekerheid omgeven. Ook moet worden opgemerkt dat er veel financieringsstromen zijn en uitgaven voor gezondheidsbevordering soms 'verstopt' zitten in andere posten die niet allemaal in kaart konden worden gebracht, zoals bij de Jeugdgezondheidszorg. Daarnaast bleek het lastig om te onderscheiden welk deel uitgegeven wordt aan de samenwerkingsstructuur en welk deel aan de uitvoering van activiteiten voor gezondheidsbevordering. Het verdient aanbeveling om alle geldstromen ten behoeve van gezondheidsbevordering gedetailleerder in kaart te brengen.

Ondanks deze beperkte opzet heeft deze nulmeting wel een aantal belangrijke inzichten opgeleverd. De bevindingen laten zien dat een gering deel van de uitgaven aan GGD'en bestemd is voor gezondheidsbevordering (ongeveer 4,5%). De gemeentelijke cijfers laten grote onderlinge verschillen zien, waarbij het bedrag dat per inwoner aan de GGD wordt besteed (gemiddeld 1 euro per inwoner) de minste variatie toont. Noemenswaardig is ook dat van het totaalbedrag van 21-23 euro voor gezondheidsbevordering, gemeenten een aanzienlijk deel (14 euro) uitgeven aan sportstimulering, voornamelijk via de inzet van buurtsportcoaches.

Een andere belangrijke bevinding is dat gezondheidsbevordering financieel grotendeels afhankelijk is van tijdelijke middelen omdat voor gemeenten en andere uitvoerders onzeker is of middelen die worden ingezet voor gezondheidsbevordering op de lange termijn ook beschikbaar zijn.

Tussen gemeenten bestaat veel variatie, zowel in de omvang als in de wijze waarop de gezondheidsbevordering gestalte krijgt. Daardoor is het ook niet mogelijk om een helder onderscheid te maken tussen de middelen die nodig zijn voor het maken van samenwerkingsafspraken (infrastructuur) en de uitvoering van programma's. Het onderscheid tussen infrastructuur en lopende programma's is in de dagelijkse praktijk ook minder relevant. De essentie is dat er een bepaalde omvang aan menskracht beschikbaar is.

Om de inzet op gezondheidsbevordering te vergroten kan samenwerking op dit gebied worden versterkt. Daartoe zijn en worden met name de

Preventiecoalities in het leven geroepen. De uitgaven en ervaringen zoals geïnventariseerd voor deze nulmeting bieden nog onvoldoende houvast voor een inschatting van de middelen die nodig zijn om in de toekomst de samenwerking en activiteiten voor gezondheidsbevordering op regionaal niveau te verstevigen. Daarvoor is ander onderzoek nodig, namelijk naar wat het ambitieniveau zou moeten zijn van regionale gezondheidsbevordering en wat volgens gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars en andere partijen aan menskracht en middelen nodig is om een duurzame regionale infrastructuur voor gezondheidsbevordering te realiseren. Het verdient aanbeveling om aanpalend een financieringsstructuur te ontwerpen die gezondheidsbevordering minder afhankelijk maakt van middelen met een beperkte looptijd en de verbinding met inzet op het sociaal en fysiek domein ondersteunt. De schattingen uit dit rapport kunnen daarbij als een nulmeting worden gebruikt.



## 1 Inleiding

Preventie is één van de drie thema's waarop verdere maatregelen nodig zijn om de houdbaarheid van het zorgstelsel te garanderen [1]. Preventie omvat een breed terrein, van gezondheidsbescherming tot gezondheidsbevordering, en van universele preventie tot zorggerelateerde preventie. De COVID-19 epidemie heeft laten zien dat meer aandacht voor gezondheidsbevordering noodzakelijk is. Patiënten met een ongezonde leefstijl hebben een slechtere prognose bij infectie. Door de hoge prevalentie van mensen met ongunstige leefstijlfactoren is er interesse voor meer inzet op gezondheidsbevordering [2].

Diverse initiatieven richten zich op het vergroten van de aandacht voor gezondheidsbevordering. In het *Nationaal Preventieakkoord*, dat in 2018 gesloten is door meer dan 70 organisaties, staan afspraken gericht op roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik [3]. Het *Nationaal Sportakkoord* is een ander voorbeeld waarbij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), gemeenten en maatschappelijke partijen in 2018 ambities vaststelden voor het stimuleren van sport en beweging [4]. De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) ondersteunt partijen bij het opstellen van lokale en regionale preventieakkoorden en het uitvoeren daarvan [5]. De VNG, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS hebben ook afspraken gemaakt over regionale samenwerking voor onder andere preventie. Het ministerie van VWS stimuleert daarnaast preventie voor risicogroepen middels het programma *Preventie in het zorgstelsel*. Als maatregel binnen dit programma is de subsidieregeling *Preventiecoalities* gestart waarbij samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en lokale aanbieders wordt gestimuleerd om het preventieaanbod in de regio af te stemmen [6].

Ondanks goede ontwikkelingen worden er knelpunten ervaren. De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het gebied van gezondheidsbevordering voor risicogroepen is niet expliciet in de wet vastgelegd. Hierdoor is het complex om een regionale samenwerking te implementeren en de verantwoordelijkheden van iedere partij rondom de uitvoering en coördinatie te borgen [6]. Het wordt ook lastig gevonden om structurele financiering te vinden voor preventieve activiteiten omdat budgetten (bijvoorbeeld vanuit de zorgverzekeringswet) niet gereserveerd zijn voor preventie [2]. Dit bemoeilijkt het opschalen en voortzetten van activiteiten. Daarnaast is er behoefte aan experimenteerruimte voor de implementatie van veelbelovende activiteiten waarvan de effectiviteit nog niet in voldoende mate is bewezen [2]. Tot slot is het gemeentelijk aanbod van activiteiten voor gezondheidsbevordering niet landelijk dekkend [2].

Een regionale aanpak voor de uitvoering en financiering van gezondheidsbevordering is een mogelijke beleids optie voor het oplossen van de ervaren knelpunten [1,2]. Deze regionale aanpak of *regionale infrastructuur* kenmerkt zich door niet vrijblijvende afspraken tussen partijen en begint op regionaal niveau en werkt door tot het niveau van gemeenten en wijken. Het ministerie van VWS heeft vijf componenten

geïdentificeerd die belangrijk zijn voor de regionale aanpak ten aanzien van de uitvoering:

- 1) Samenwerkingsafspraken op regionaal niveau
- 2) Inhoudelijk aanbod van activiteiten voor gezondheidsbevordering
- 3) Samenwerkingsafspraken op lokaal- of wijkniveau
- 4) Monitoring en effectmeting
- 5) Innovatie

Ideaal gezien kan een inschatting van de benodigde middelen en kosten helpen om deze regionale aanpak handen en voeten te geven. Om deze inschatting te kunnen maken is het belangrijk om te weten wat de wensen zijn van de veldpartijen. Daarnaast is het behulpzaam om zicht te krijgen op de huidige uitgaven aan gezondheidsbevordering zodat de extra benodigde middelen en investeringen kunnen worden geconcretiseerd. Er is weinig bekend over de totale uitgaven aan gezondheidsbevordering waarbij meerdere geldstromen een rol spelen. Wat betreft de uitgaven van GGD'en wordt een jaarlijkse GGD-benchmark uitgevoerd. In 2019 werd €24 miljoen uitgegeven aan gezondheidsbevordering.<sup>1</sup>

De directie Publieke Gezondheid van het ministerie van VWS heeft het RIVM de opdracht gegeven om een kostenschatting te maken. In dit rapport zijn de huidige uitgaven aan gezondheidsbevordering onderzocht. Met dit beeld kan een inschatting gemaakt worden van de (extra) investering voor het realiseren van de beoogde regionale infrastructuur voor gezondheidsbevordering. Voor dit onderzoek heeft het RIVM samengewerkt met Cebeon om de uitgaven van gemeenten/regio's en GGD'en in kaart te brengen.

### **Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 bevat een toelichting op de afbakening van de begrippen preventie en gezondheidsbevordering in dit rapport. Hoofdstuk 3 gaat in op het onderzoek naar de gemeentelijke uitgaven aan gezondheidsbevordering. Hoofdstuk 4 beschrijft de uitgaven van de Rijksoverheid voor samenwerkingsverbanden en hoofdstuk 5 beschrijft de uitgaven voor inhoudelijke activiteiten. Hoofdstuk 6 gaat in op de uitgaven voor gezondheidsbevordering op wijkniveau. Hoofdstuk 7 behandelt de investeringen voor monitoring en innovatie. Hoofdstuk 8 bevat de conclusies en de beschouwing van dit onderzoek.

<sup>1</sup> De landelijke benchmark van GGD GHOR voor gezondheidsbevordering (circa €24 miljoen in 2019, <https://ggdghor.nl/thema/benchmark-ggden>).



## 2 Afbakening

Preventie kent verschillende indelingen. In dit onderzoek sluiten we aan bij de indeling naar maatregelen die is gebruikt in de Kosten van Preventiestudie [7]. Er zijn preventieve maatregelen mogelijk op de volgende gebieden:

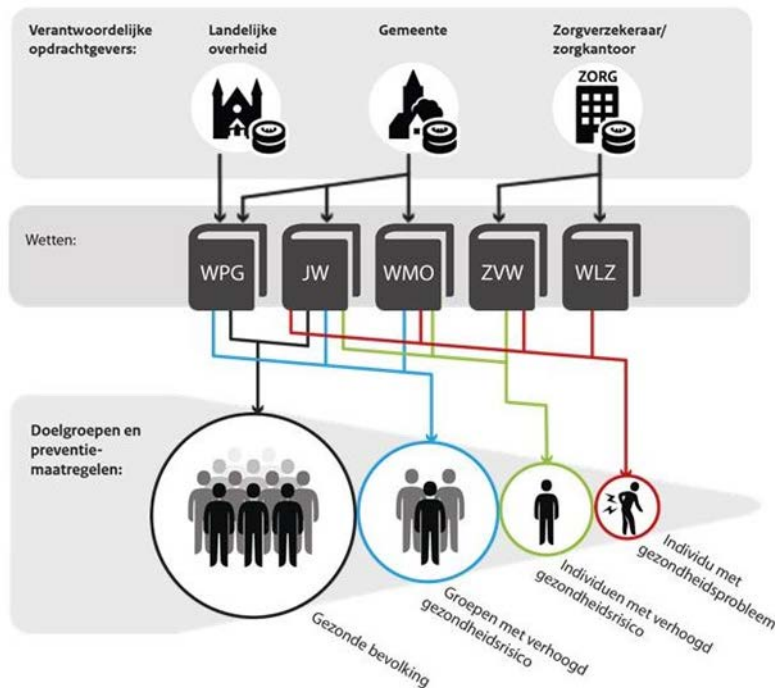
- Gezondheidsbevordering; bevorderen van een gezonde leefstijl en een gezonde fysieke en sociale omgeving.
- Ziektepreventie; voorkomen en vroegtijdig signaleren van specifieke ziekten.
- Gezondheidsbescherming; realiseren van een veilige woon-en leefomgeving.

Dit rapport concentreert zich op activiteiten rondom gezondheidsbevordering. Preventieve activiteiten, waaronder de activiteiten voor gezondheidsbevordering, kunnen zich richten op verschillende doelgroepen:

- Universele preventie, gericht op alle inwoners.
- Selectieve preventie, gericht op inwoners met een verhoogd risico op ziekte en problemen.
- Geïndiceerde preventie, gericht op inwoners met beginnende problemen en klachten.
- Zorggerelateerde preventie, gericht op inwoners met ziekte of aandoening ter voorkoming van verdere complicaties/beperkingen.

De taken van gemeenten voor gezondheidsbevordering binnen de universele en selectieve preventie zijn vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid (WPG), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Jeugdwet (**Figuur 1**). Zorgverzekeraars hebben vanuit de zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Langdurige Zorg (WLZ) verantwoordelijkheden voor geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (**Figuur 1**).

In dit rapport ligt de focus op universele preventie en selectieve preventie (taken van gemeenten) en op het grensvlak van selectieve en geïndiceerde preventie (taken van gemeenten en zorgverzekeraars).



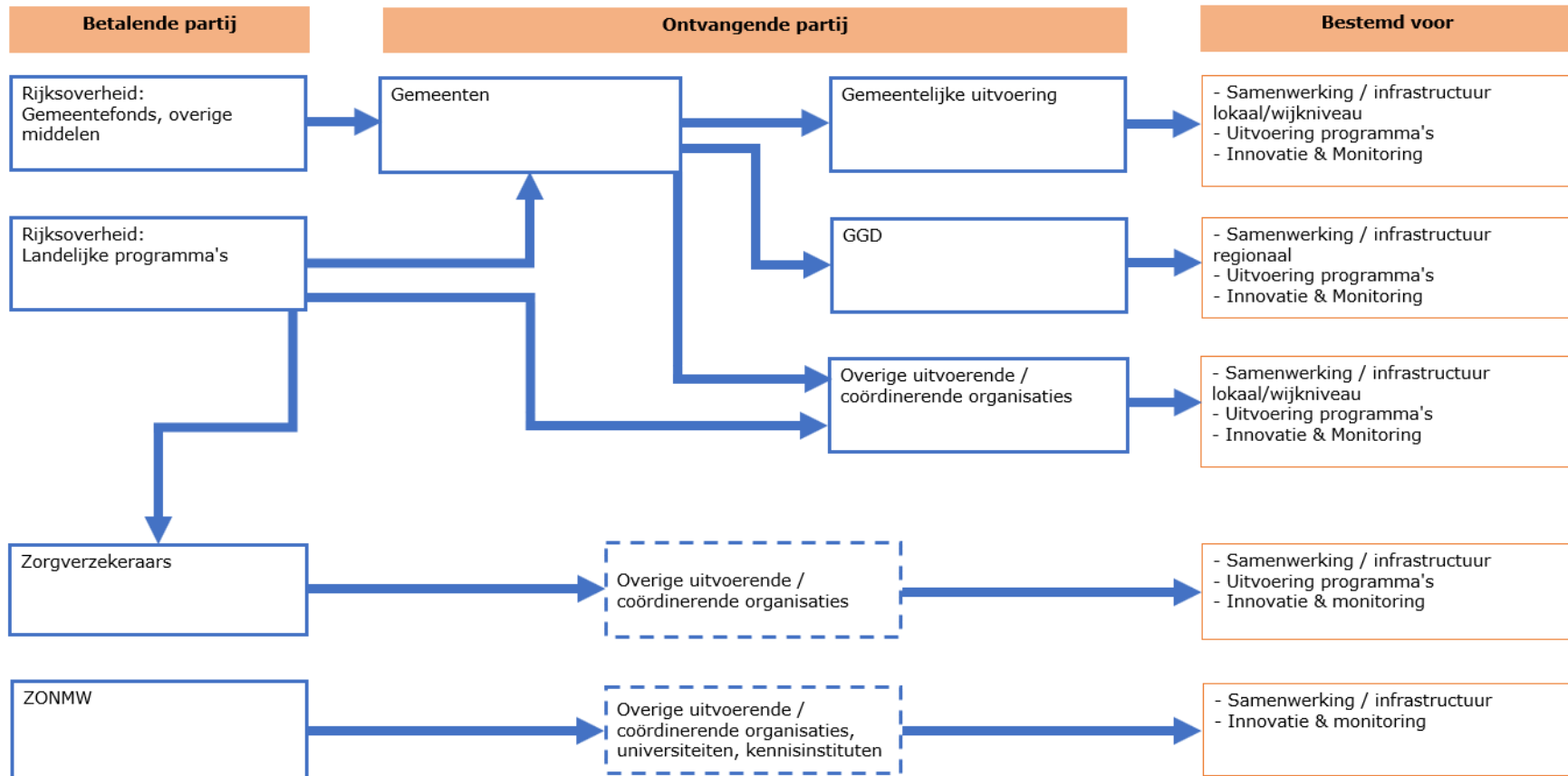
Figuur 1 Doelgroepen en preventie-maatregelen, wetten en verantwoordelijke opdrachtgevers (Bron: Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland? Heijink R, Struijs JN, RIVM 2016 [8]).

Gemeenten werken samen met andere partijen aan gezondheidsbevordering. Met een samenhangende aanpak op verschillende beleidsterreinen binnen de gemeente (de sociale en fysieke beleidsdomeinen) wordt de gezondheid van mensen bevorderd. Hierbij worden veranderingen in persoonlijke factoren zoals leefstijl bevorderd en veranderingen gerealiseerd in de sociale en fysieke omgevingsfactoren die gezondheid beïnvloeden (o.a. armoede, woon- en werkomstandigheden) [9]. In dit rapport is gekeken naar de maatregelen en uitgaven van de Rijksoverheid en gemeenten voor de beleidsterreinen die primair gericht zijn op het verbeteren en het in stand houden van gezondheid (Tabel 1) [10]. Daartoe zijn activiteiten voor gezondheidsbevordering binnen de gemeentelijke taakvelden *volksgezondheid* en *sportbeleid en activering* meegenomen. De gemeentelijke taken op het gebied van sportaccommodaties zijn niet meegenomen in de werkdefinitie van gezondheidsbevordering. In het rapport is aandacht besteedt aan de aanpak van wijkteams binnen het sociaal domein maar cijfermatige gegevens waren niet voorhanden. Bredere aanpalende gemeentelijke taakvelden zoals gericht op onderwijs en arbeidsparticipatie zijn in dit rapport buiten beschouwing gelaten (Tabel 1).

Tabel 1 Afbakening werkdefinitie gezondheidsbevordering.

	<b>Focus</b>	<b>Taakveld [10]</b>
Meegenomen in de werkdefinitie	Primair gericht op gezondheidsbevordering	Volksgezondheid: openbare gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg Sportbeleid en activering: combinatiefuncties en stimulering van sportdeelname Sociaal domein: Wijkteams (met gezondheidsbevordering als aandachtsgebied) <i>(geen cijfermatige gegevens)</i>
Niet meegenomen in de werkdefinitie	Aanpalende taakvelden: niet primair gericht op gezondheidsbevordering	Milieubeheer Sport, cultuur en recreatie: Sportaccommodaties Openbaar groen & recreatie Sociaal domein: Samenkracht en burgerparticipatie Inkomensregelingen Begeleide participatie Arbeidsparticipatie Wmo Maatwerkdienstverlening Onderwijs Openbare ruimte & milieu Bestuur, veiligheid en organisatie Openbare orde en veiligheid Verkeer en vervoer

Om de landelijke overheidsuitgaven aan gezondheidsbevordering in kaart te brengen zijn de onderstaande financieringsstromen als uitgangspunt genomen (Figuur 2).



Figuur 2 Financieringsstromen voor gezondheidsbevordering

Noot: de stromen van Rijksoverheid en ZonMw naar GGD zijn niet opgenomen in de figuur.

## 3 Gemeentelijke uitgaven aan gezondheidsbevordering

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de uitkomsten van een verkennend onderzoek ('quick scan') naar gemeentelijke uitgaven aan gezondheidsbevordering (preventie). Het onderzoek is uitgevoerd door Cebeon in een korte periode van half maart tot eind april 2021 en levert een eerste indicatie op van de omvang van de *huidige* inzet voor gezondheidsbevordering. Hiermee is een belangrijke bouwsteen beschikbaar voor een integraal beeld van de beoogde regionale preventie-infrastructuur.

In paragraaf 3.2 lichten we toe hoe het onderzoek is uitgevoerd. De cijfermatige uitkomsten van de steekproef en kwalitatieve gegevens ter duiding hiervan presenteren we in paragraaf 3.3 tot en met 3.5. Daarbij gaat het steeds om *gerealiseerde* uitgaven in de rekening 2019 die ten laste komen van de algemene middelen van gemeenten. Op basis van de uitkomsten voor de steekproef is in paragraaf 3.6 een extrapolatie gemaakt naar een globaal landelijk beeld.

### 3.2 Afbakening en methode

#### 3.2.1 *Vraagstelling en afbakening*

Het deelonderzoek richt zich op de volgende vragen:

1. kunt u inzicht geven in de bedragen (bandbreedte) die een steekproef van (koploper)gemeenten uitgeven aan gezondheidsbevordering (al dan niet via de GGD), waarbij het relevant is om onderscheid te maken in uitgaven bestemd voor (a) regionale coördinatie (samenwerkingsafspraken) en (b) het realiseren van daadwerkelijk aanbod van interventies?
2. kunt u deze bedragen extrapoleren naar landelijk niveau (bandbreedte), rekening houdend met de aanname dat geïnccludeerde koplopergemeenten mogelijk hogere uitgaven aan preventie toekennen?

Gegeven de korte beschikbare doorlooptijd is er – in afstemming met het RIVM en het ministerie van VWS – voor gekozen om in het onderzoek te focussen op de volgende gemeentelijke taakonderdelen:

- Volksgezondheid: openbare gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg. Zie paragraaf 3.3.
- Sportbeleid en activering: stimulering van sportdeelname en combinatiefuncties. Zie paragraaf 3.4.

Daarnaast is kort aandacht geschonken aan de rol van sociaal (wijk)teams. Zie paragraaf 3.5.

#### 3.2.2 *Steekproef*

We hebben de uitgaven aan gezondheidsbevordering in kaart gebracht voor een beperkte steekproef van (koploper)gemeenten (Tabel 2). Bij de selectie van 'koploper' gemeenten is vooral gekeken of zij deelnemen

aan een preventiecoalitie en/of -akkoord<sup>2</sup>. Daarnaast is er voor de selectie van een evenwichtige steekproef rekening gehouden met spreiding naar omvang, regio, stedelijkheid en sociale structuur. Er zijn 20 gemeenten geselecteerd en benaderd. Uiteindelijk hebben 19 gemeenten medewerking verleend ofwel een respons van 95%. Op drie gemeenten na nemen alle gemeenten deel aan een preventiecoalitie/akkoord<sup>2</sup>. Dit blijken vaak ook gemeenten te zijn met relatief meer sociaaleconomische problematiek. Hieronder zijn de deelnemende gemeenten gerangschikt naar het (afgeronde) aantal inwoners.

Tabel 2 Selectie van gemeenten.

<b>Gemeente</b>	<b>Inwoners</b>	<b>Provincie</b>	<b>Preventiecoalitie</b>	<b>Preventieakkoord</b>
<b>Kapelle</b>	12.700	Zeeland	-	-
<b>Bunschoten</b>	21.900	Utrecht	-	-
<b>Hillegom</b>	22.200	Zuid-Holland	-	Ja
<b>Oldebroek</b>	23.600	Gelderland	-	Ja
<b>Coevorden</b>	35.300	Drenthe	Ja	-
<b>Venray</b>	43.600	Limburg	-	Ja
<b>Berkelland</b>	43.700	Gelderland	-	Ja
<b>Goeree-Overflakkee</b>	50.000	Zuid-Holland	-	Ja
<b>Hardenberg</b>	61.000	Overijssel	Ja	-
<b>Purmerend</b>	81.300	Noord-Holland	-	-
<b>Heerlen</b>	87.100	Limburg	Ja	-
<b>Sûdwest-Fryslân</b>	90.000	Friesland	Ja	Ja
<b>Oss</b>	91.900	Noord-Brabant	Ja	-
<b>Deventer</b>	100.700	Overijssel	Ja	-
<b>Leeuwarden</b>	124.100	Friesland	Ja	Ja
<b>Nijmegen</b>	177.700	Gelderland	-	Ja
<b>Breda</b>	184.100	Noord-Brabant	-	Ja
<b>Groningen</b>	232.900	Groningen	Ja	Ja
<b>Rotterdam</b>	651.200	Zuid-Holland	-	Ja

### 3.2.3 Gegevens en interviews

Onder gemeenten is er grote variatie in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan gezondheidsbevordering. Dit werkt door in de inrichting van hun financiële administratie. Daarom zijn gedetailleerde financiële gegevens vanuit gemeentelijke administraties opgevraagd over de lasten en baten in de rekening 2019 en begroting 2021. Door deze gegevens op eenduidige wijze te verwerken en te coderen naar genoemde taakonderdelen zijn zo vergelijkbaar mogelijke cijferbeelden verkregen.

<sup>2</sup> Om de aandacht voor preventie in het zorgstelsel te intensiveren is vanaf 2019 de subsidieregeling Preventiecoalities van start gegaan. Preventiecoalities zijn samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars en gemeenten met formele afspraken. Partijen kunnen ook samen werken aan preventie door middel van een lokaal of regionaal preventieakkoord (zie begrippenlijst).

Aanvullend zijn financiële gegevens op regio-niveau (vooral gepubliceerde jaarstukken) van GGD'en in de betrokken regio's verzameld.

Met behulp hiervan is een globale indicatie verkregen van de relatieve omvang van gezondheidsbevordering in financiële zin. Deze indicaties zijn gebruikt om het aandeel van gezondheidsbevordering te benaderen binnen de bijdrage aan de GGD, zoals die in de gemeentelijke administraties is verantwoord.

Naast het verwerken en analyseren van financiële gegevens is kennis genomen van regionale en lokale preventie-akkoorden en zijn gemeentelijke beleidsdocumenten bekeken. Met deze achtergrondinformatie konden cijfers beter in context worden geplaatst. Tevens dienden deze inzichten als input voor interviews die zijn gehouden met GGD-experts en gemeentelijke (beleids)deskundigen op het gebied van gezondheidsbevordering. In totaal is gesproken met ongeveer 15 deskundigen van acht gemeenten en twee GGD'en.

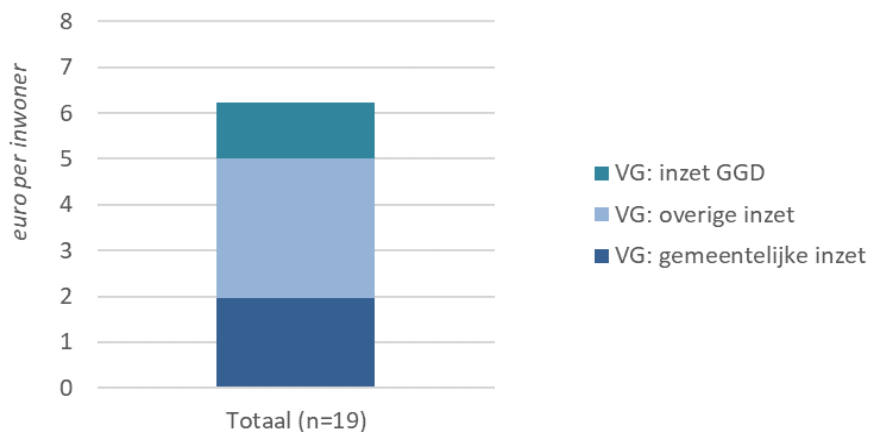
### 3.3 Gemeentelijke uitgaven op het gebied van volksgezondheid

#### 3.3.1 Omvang en samenstelling uitgaven

Binnen de uitgaven op het taakveld volksgezondheid is waar mogelijk nader onderscheid gemaakt tussen:

- inzet door de gemeente zelf: dit betreft met name ambtelijke capaciteit maar bijvoorbeeld ook ingehuurd personeel;
- inzet door de regionale GGD, zoals die tot uiting komt in de gemeentelijke bijdragen aan de gemeenschappelijke regeling;
- overige inzet: door andere partijen die (mede) door de gemeente worden bekostigd, waaronder Centrum voor Jeugd en Gezin of andere aanbieders van jeugdgezondheidszorg.

Voor deze onderdelen is in onderstaande figuur weergegeven welke bedragen per inwoner zijn geïnventariseerd onder de steekproefgemeenten (Figuur 3).



Figuur 3 Gemeentelijke uitgaven volksgezondheid (VG).

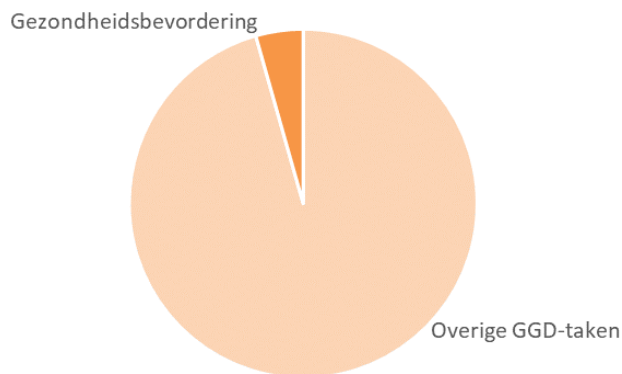
Zichtbaar is dat in deze gemeenten gemiddeld ruim €6 per inwoner wordt uitgegeven aan gezondheidsbevordering op het taakveld volksgezondheid. Ongeveer een derde hiervan gaat naar eigen

*gemeentelijke* inzet. Het overgrote deel daarvan (ongeveer 85%) betreft lasten van eigen of ingehuurd personeel.

Een iets groter aandeel is bestemd voor *andere organisaties* (zoals vrijwilligersorganisaties, welzijnsinstellingen en zorgaanbieders), die met name uitvoering geven aan programma's.<sup>3</sup> Dit zijn overwegend subsidies of soortgelijke uitgaven. Naast programma's in relatie tot jeugdgezondheidszorg of preventieve ouderengezondheidszorg gaat het bijvoorbeeld om specifieke thema's (zoals mentale gezondheid en gezonde voeding) en/of doelgroepen (zoals vrouwen met een migratie-achtergrond).

Uit interviews komt naar voren dat diverse gemeenten een initiërende rol vervullen om programma's van de grond te krijgen met een tijdelijke subsidie. Het blijkt echter lastig om de resultaten structureel te borgen. Wel merken deskundigen op dat het belang van een goede gezondheid door Covid-19 breder wordt onderkend. Dit heeft een positief effect op de lokale samenwerking.

Ook de GGD levert in de meeste regio's inzet voor gezondheidsbevordering. Hieronder is in beeld gebracht welk aandeel dat bij deze gemeenten ongeveer inneemt binnen de gemeentelijke bijdrage aan het totale takenpakket van de GGD (Figuur 4).



Figuur 4 Gezondheidsbevordering in bijdrage aan GGD.

Gemiddeld omvat gezondheidsbevordering ongeveer 4,5% van de gemeentelijke bijdrage aan de GGD. Dit komt neer op een bedrag in de orde van €1,3 euro per inwoner. In het geheel van de gemeentelijke uitgaven aan het taakveld volksgezondheid vormt dit het kleinste onderdeel.

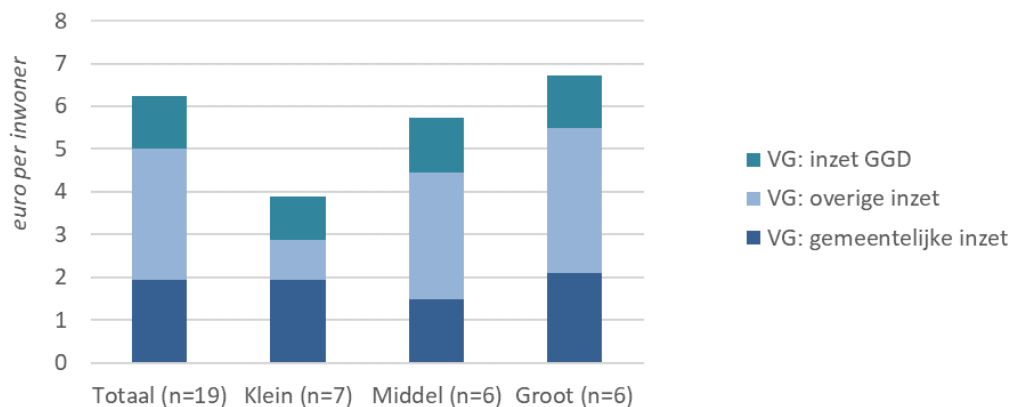
### 3.3.2 Spreiding over gemeenten

De omvang en samenstelling van de uitgaven op het gebied van volksgezondheid varieert tussen gemeenten. Om dat zichtbaar te maken zijn de steekproefgemeenten gegroepeerd naar inwonertal. Per groep gemeenten geeft onderstaande figuur een beeld van de gemiddelde

<sup>3</sup> Daarnaast komen ook uitgaven voor aan kennisinstellingen voor onderzoek naar effecten van programma's of training van professionals.



uitgavenniveaus (Figuur 5). Hierbij merken we op dat er binnen groepen sprake is van een flinke spreiding rond deze gemiddelde niveaus.



Figuur 5 Gemeentelijke uitgaven volksgezondheid naar grootte van gemeenten.

Bij de *gemeentelijke* inzet zijn duidelijke verschillen zichtbaar, waarbij kleine en grote gemeenten relatief meer uitgeven. Hierbij speelt een rol dat in grote gemeenten veelal meer inzet nodig is om tot afstemming en verbinding te komen met andere gemeentelijke taakvelden, de GGD en de vele lokale ketenpartijen. Bij een aantal kleine gemeenten is er een duidelijk hogere inzet die samenhangt met extra inzet voor lokale projecten (speerpunten zoals verslavingspreventie) en een keuze om professionals in te huren in plaats van derden te subsidiëren.

Bij de inzet door de GGD zijn de verschillen beperkt. Een belangrijke achtergrond hiervan is dat deze inzet in sterke mate regionaal is bepaald. Regionale verschillen hangen onder meer samen met de gekozen reikwijdte van de GGD-inzet. Zo is gezondheidsbevordering in een aantal regio's geen onderdeel van de GGD-taken, maar ligt de verantwoordelijkheid hiervoor geheel bij gemeenten. In andere regio's is het ontwikkelen van een preventie-infrastructuur juist een belangrijke taak voor de GGD. Daarnaast speelt mee hoe tevreden gemeenten zijn met de taakinvulling in de praktijk. Sommige gemeenten geven aan erg tevreden te zijn en nemen zelfs pluspakketten af in de vorm van project- of wijkgericht maatwerk. Andere gemeenten vinden dat de GGD onvoldoende doet en dat de kwaliteit van de samenwerking achterblijft. Mede onder invloed van de lokale financiële situatie, met name de bezuinigingen in het sociaal domein, kijken gemeenten ook kritischer naar de GGD-bijdrage.

Deze verschillen werken door in de *overige* inzet, waar de grootste variatie zichtbaar is: gemiddeld geven (middel)grote gemeenten hieraan meer uit dan kleine gemeenten. Bij sommige gemeenten wordt een lage regionale inzet vanuit de GGD aangevuld met een hoge *overige* inzet. Ook zetten diverse grotere gemeenten breed in op het terugdringen van gezondheidsachterstanden en vervullen sommige grote gemeenten ook een bepaalde centrumfunctie voor andere gemeenten in de regio.

### 3.3.3 *Betekenis GIDS-middelen*

In de bekostiging van deze uitgaven zijn de rijksmiddelen Gezond in de stad (GIDS) van grote betekenis. Gemeenten ontvangen deze gelden via een decentralisatie-uitkering in het gemeentefonds, die eindigt in 2022. Bij grote gemeenten zijn deze middelen gemiddeld fors in omvang: bijna een derde van de uitgaven wordt gedekt uit de GIDS-middelen, terwijl dat bij kleine gemeenten beperkt blijft tot ruim een tiende. In beide gevallen onderstrepen geïnterviewde deskundigen dat de GIDS-middelen door hun zichtbaarheid een belangrijke 'drager' zijn voor de lokale en regionale infrastructuur van gezondheidsbevordering. Tegelijkertijd wijzen zij op de beperkingen van deze middelen: die zijn niet structureel van aard en onvoldoende om de noodzakelijke kosten te dekken. Dit maakt het voor gemeenten lastig om resultaten te borgen, zeker in een context dat hun financiële positie onder druk staat. Het grootste deel van de uitgaven aan gezondheidsbevordering komt immers ten laste van de algemene uitkering uit het gemeentefonds en de eigen algemene middelen. Omdat deze algemeen besteedbaar zijn, is de beschikbaarheid mede afhankelijk van politieke prioriteiten.

### 3.3.4 *Verhouding tussen infrastructuur en programma's*

De gemeentelijke uitgaven komen zowel ten goede aan het ontwikkelen en onderhouden van een preventie-infrastructuur als aan de uitvoering van inhoudelijke programma's. De infrastructuur krijgt vooral vorm via inhoudelijke kaders (beleidsnota's, lokale en regionale akkoorden) en verbindende functies. Dit betreft zowel specifieke functies (zoals gezondheidsmakelaars en JOGG-regisseurs) als bredere functies (zoals buurtsportcoaches, wijkteamprofessionals of welzijnsfuncties). Bij preventieprogramma's kan onder meer worden gedacht aan Gezonde School, Gezonde Kinderopvang, Kansrijke start en Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG). Voor de uitvoering van zulke programma's leveren gemeenten niet alle middelen. Een deel wordt bekostigd uit middelen die andere organisaties (zoals scholen en kinderopvang) zelf ontvangen.

De gegevens uit deze 'quick scan' bieden onvoldoende aanknopingspunten om cijfermatig te bepalen wat de verhouding is tussen infrastructuur en programma's. Als ervan wordt uitgegaan dat het grootste deel van de gemeentelijke inzet, een evenredig deel van de GGD-inzet en een kleiner deel van de overige inzet betrekking heeft op infrastructuur ligt het voor de hand te denken aan een fifty-fifty verhouding. Tegelijkertijd verdient zulk een algemene uitspraak nuancering omdat gemeenten verschillende accenten leggen die deze verhouding kunnen beïnvloeden. Zo komt uit interviews naar voren dat:

- sommige gemeenten vooral infrastructuur bekostigen, in de vorm van gezondheidsprofessionals die als 'makelaar' partijen in de wijk (zoals huisartsen, scholen en welzijn) onderling verbinden tot een samenhangend netwerk dat is gericht op het bevorderen van gezondheid. Dit netwerk is overigens lang niet altijd dekkend in de hele gemeente;
- andere gemeenten vooral inzetten op uitvoering van programma's in enkele wijken met de grootste gezondheidsproblematiek. Vanuit een brede preventiebenadering ('lokaal akkoord') werken zij er – met belangrijke partijen in het veld – aan om gezondheidsbevordering bij alle professionals in het sociaal, fysiek en medisch domein 'tussen de oren' te krijgen.

### 3.4 Gemeentelijke uitgaven op het gebied van sportstimulering

#### 3.4.1 Relatie met gezondheidsbevordering

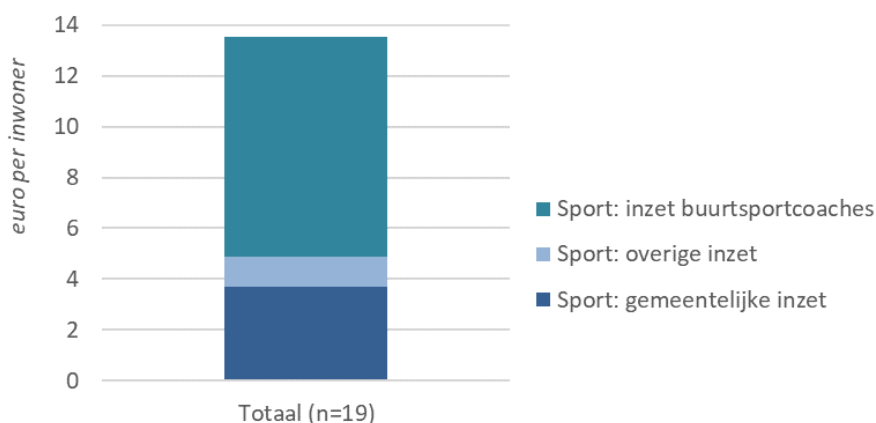
Sport en bewegen vormt een belangrijk element in het bevorderen van gezondheid. De aandacht hiervoor is toegenomen, mede onder invloed van het omarmen van de visie van positieve gezondheid: meer nadruk op de mogelijkheden van mensen dan op problemen door bijvoorbeeld ziekte of beperking. Dit heeft een verdere impuls gekregen met (lokale) sportakkoorden. Naast verbindingen in programma's wordt ook de sportinfrastructuur in diverse gemeenten explicieter verbonden met die van gezondheidsbevordering. De belangrijkste verbindende schakels in deze netwerken zijn 'gezondheidsmakelaars' (vaak GGD-deskundigen), sociaal werkers (welzijn) en buurtsportcoaches (sport).

#### 3.4.2 Omvang en samenstelling uitgaven

Binnen de uitgaven op het taakveld sportbeleid en activering is nader onderscheid gemaakt tussen:

- inzet door de gemeente: met name eigen capaciteit en ingehuurd personeel;
- inzet door buurtsportcoaches, bekostigd door de gemeente (vooral uit de decentralisatie-uitkering combinatiefuncties);
- overige inzet: door de gemeente gesubsidieerde inzet, bijv. voor programma's als het bevorderen van een actieve en gezonde leefstijl van ouderen.

Voor deze onderdelen is hieronder weergegeven welke bedragen per inwoner zijn geïnventariseerd onder de steekproefgemeenten (Figuur 6).



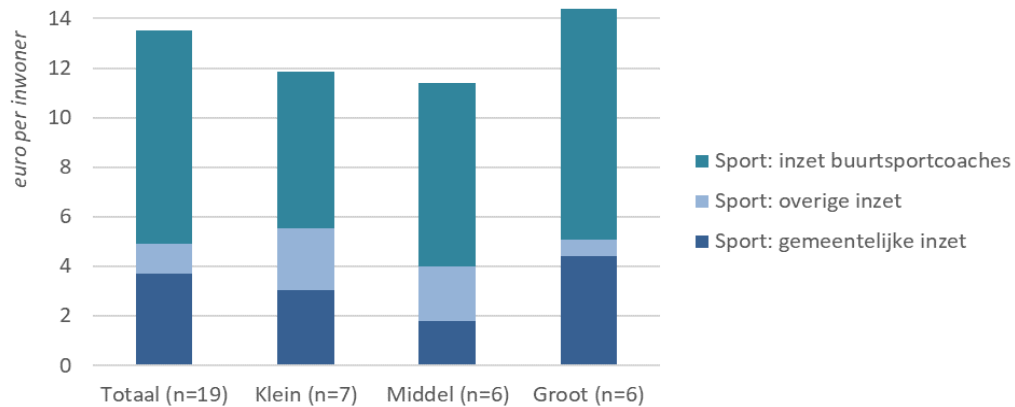
Figuur 6 Gemeentelijke uitgaven aan sportstimulering.

Zichtbaar is dat deze gemeenten gemiddeld bijna €14 per inwoner uitgeven aan sportstimulering. Ruim een derde hiervan gaat naar eigen gemeentelijke inzet en overige inzet. Het grootste deel van de uitgaven wordt besteed aan buurtsportcoaches, met een gemiddelde formatie-omvang van ruim 1,3 fte per 10.000 inwoners.

#### 3.4.3 Spreiding over gemeenten

De omvang en samenstelling van de uitgaven aan sportstimulering variëren tussen gemeenten. Om dat zichtbaar te maken zijn de steekproefgemeenten gegroepeerd naar inwonertal. Per groep

gemeenten geeft onderstaande figuur een beeld van de gemiddelde uitgavniveaus (Figuur 7). Hierbij merken we op dat er binnen groepen sprake is van een flinke spreiding rond deze gemiddelde niveaus.



*Figuur 7 Gemeentelijke uitgaven aan sportstimulering naar grootte van gemeenten.*

Zichtbaar is dat grotere gemeenten meer uitgeven dan kleine gemeenten. Dit hangt vooral samen met de grotere inzet van *buurtsportcoaches*. Bij kleine en middelgrote gemeenten wordt naast *gemeentelijke* inzet meer gebruik gemaakt van *overige* inzet. Zo bekostigt een aantal gemeenten vakleerkrachten lichamelijke opvoeding voor gym/beweglessen op scholen. Dit zijn vaak professionals in dienst van het sportbedrijf of een soortgelijke organisatie die verbindingen legt met sportverenigingen en onderwijs. Deze organisatie neemt veelal ook het initiatief om een sportakkoord te ontwikkelen. Op basis van een sport- en/of preventie-akkoord zetten sommige gemeenten expliciet in op het versterken van sport- en beweegaanbod, inclusief samenwerking tussen verschillende aanbieders. Bij andere gemeenten is dit minder duidelijk of krijgen ambities meer langs andere routes (bijvoorbeeld via onderwijs of buitenruimte) gestalte, waardoor de uitgaven aan sportstimulering lager kunnen uitvallen.

### 3.5 Gemeentelijke inzet via sociaal (wijk)teams

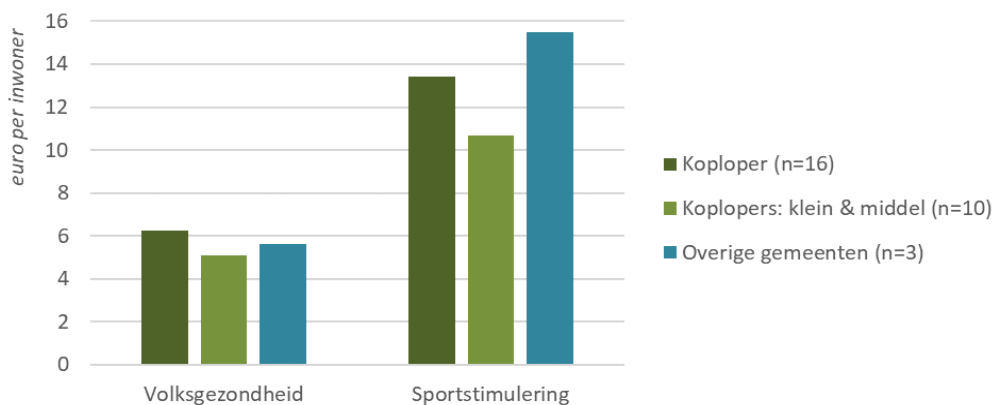
Gezondheid is een gebied dat ook in sociaal (wijk)teams aandacht krijgt. Cijfermatig inzicht in de mate waarin dat gebeurt, ontbreekt echter. Een aanwijzing kan zijn dat de GGD of het Centrum Jeugd & Gezin professionals leveren voor sociaal (wijk)teams, zodat er expliciete gezondheidsinbreng is. Dit lijkt in slechts een beperkt aantal gemeenten het geval. In verhouding hiermee hebben (generalistische) welzijnsprofessionals vaker zitting in zulke teams. Dit neemt overigens niet weg dat sociaal teams opereren in lokale netwerken waarvan ook de GGD of het CJG deel kan uitmaken.

Gezondheidsbevordering kan ook onderdeel zijn van de focus van sociaal (wijk)teams. Een belangrijke taak is het voeren van keukentafelgesprekken om zicht te krijgen op de problematiek van inwoners en om samen met hen een plan op te stellen om problemen aan te pakken. Uit interviews met gemeentelijke deskundigen komt naar voren dat gezondheidsproblemen in de praktijk vaak pas aan de orde

komen als basisvoorwaarden van huisvesting, inkomen/financiën en gezin/relaties op orde zijn. Daarbij vormt gezondheid niet zozeer een extra taakopdracht, maar een onderdeel van het – met een bredere blik – anders leren kijken naar ‘de vraag achter de vraag’.

### 3.6 Extrapolatie voor een indicatief landelijk beeld

Voor het vertalen van de gepresenteerde uitkomsten naar een indicatief landelijk beeld is van belang dat de steekproef een selecte samenstelling kent wat betreft het kenmerk ‘koploper’. Een vergelijking tussen de 3 (kleine en middelgrote) gemeenten die niet als koploper zijn aangemerkt met de koplopers geeft het volgende beeld te zien van verschillen in gemiddeld uitgavniveau (Figuur 8).



Figuur 8 Uitgavniveau van koplopers versus overige gemeenten.

Figuur 8 laat zien dat op het terrein van de volksgezondheid de ‘niet-koplopers’ gemiddeld iets lagere uitgaven hebben dan de totale groep koplopers, maar iets hogere uitgaven ten opzichte van de groep kleine en middelgrote koplopers. Bij sportstimulering ligt hun uitgavniveau zelfs in beide vergelijkingen hoger. Het verschil tussen beide groepen koplopers onderstreept de spreiding binnen de totale groep koplopers. Gegeven de kleine aantallen kunnen aan deze bevindingen geen algemene conclusies worden verbonden.

De zeer beperkte omvang van de steekproef maakt de basis voor extrapolatie naar een landelijk beeld smal. Daarom dienen de uitkomsten met voorzichtigheid te worden gehanteerd en te worden beschouwd als een globaal en indicatief beeld. Voor de extrapolatie hebben we gemiddelde bedragen per inwoner gebruikt. Dit kan direct via een landelijk gemiddelde of meer genuanceerd door rekening te houden met de relatieve omvang van de gemeente (gemiddelde bedragen per groottegroep: kleine, middelgrote en grote gemeenten).<sup>4</sup> Dit levert bedragen op in de volgende orde van grootte<sup>5</sup>:

<sup>4</sup> Een weging voor sociaaleconomische problematiek voegt weinig toe omdat gemeenten met meer problematiek relatief sterker vertegenwoordigd zijn in de steekproef.

<sup>5</sup> Rond de onder- en bovenkant van de gepresenteerde bandbreedte zit nog een statistische betrouwbaarheidsmarge waardoor de mogelijke bandbreedte wordt onderschat.

- volksgezondheid: circa €95 tot €110 miljoen<sup>6</sup>;
- sportstimulering: circa €220 tot €235 miljoen.

Deze bedragen sluiten aan bij gemeentelijke realisatiecijfers over 2019. Niet duidelijk is in hoeverre dit ook een representatief beeld geeft van de actuele situatie. Zo kunnen recente preventiecoalities en -akkoorden tot een intensivering van inzet hebben geleid. Ook kan er juist sprake zijn van verdere bezuinigingen of een andere prioritering van gezondheidsbevordering. Met name rond volksgezondheid laten steekproefgemeenten beide soorten bewegingen zien.

<sup>6</sup> Hierbinnen neemt inzet van de GGD een aandeel in van een kwart tot ruim een vijfde. Dit sluit grosso modo aan bij de uitkomsten van de landelijke benchmark van GGD GHOR voor gezondheidsbevordering (circa €24 miljoen in 2019, <https://ggdghor.nl/thema/benchmark-ggden>).

## 4 Regionale samenwerking

### 4.1 Inleiding

Het doel van de regionale infrastructuur voor gezondheidsbevordering is de samenwerking tussen betrokken financiers en aanbieders van gezondheidsbevordering te versterken. De gemeente is de primaire partij die werkt aan gezondheidsbevordering voor de gezonde bevolking en groepen met een verhoogd risico (universele en selectieve preventie). Gemeenten maken hiervoor in verschillende mate gebruik van onderzoek, beleidsplannen en preventieve activiteiten die worden uitgevoerd door GGD'en. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor individuen met beginnende klachten (geïndiceerde preventie) en voor individuen met ziekten en aandoeningen (zorggerelateerde preventie). Een goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars kan ertoe bijdragen dat er een samenhangend aanbod van preventieve activiteiten voor risicogroepen tot stand komt. Daarnaast kan een goede regionale samenwerking bijdragen aan een duurzame inzet van preventieve activiteiten. Er zijn diverse initiatieven om deze samenwerking te bevorderen, waaronder de subsidieregeling *Preventiecoalities*. Ondanks succesverhalen ervaren partijen dat het implementeren van preventie samen met veel verschillende partijen complex kan zijn [6]. Hierbij wordt het ingewikkeld gevonden hoe de regionale samenwerking en regie vorm gegeven kan worden en wie het initiatief daartoe zou moeten nemen.

Binnen de beoogde regionale infrastructuur voor gezondheidsbevordering<sup>7</sup> wordt een regiobeeld en een regionaal convenant opgesteld door de betrokken partijen in de regio (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD, zorgkantoren en zorgaanbieders) met niet-vrijblijvende afspraken. De gehanteerde definitie van een regiobeeld is een regionale analyse van de gezondheidssituatie van burgers en informatie over zorggebruik, gezondheid en leefstijl, bevolkingsontwikkeling en de sociale en fysieke omgeving [11]. Dit vormt een goede basis voor regionaal beleid gericht op gezondheidsbevordering, dat wordt vastgelegd in een convenant. De GGD kan een coördinerende rol vervullen bij het opstellen van samenwerkingsafspraken en bij de afstemming in de uitvoering van preventieve activiteiten. Het regionaal convenant vindt zijn doorwerking op lokaal- en wijkniveau.

### 4.2 Afbakening en methode

Om een inschatting te maken van de uitgaven van de Rijksoverheid aan regionale samenwerkingsverbanden is gebruik gemaakt van begrotingen en jaarverslagen. Hierbij zijn de uitgaven voor samenwerkingsafspraken binnen landelijke programma's voor gezondheidsbevordering in kaart gebracht. De kosten voor samenwerkingsafspraken zijn afgebakend door te focussen op coördinatiekosten en door uitvoeringskosten buiten beschouwing te laten. Het bleek daarbij niet mogelijk om een

<sup>7</sup> Dit zijn uitgangspunten zoals vastgelegd in een uitgangspuntennotitie van VNG, ZN en VWS. Of dit ook daadwerkelijk gerealiseerd zal worden hangt onder andere af van de vraag of er extra middelen beschikbaar komen in de volgende kabinetsperiode.

onderscheid te maken naar de ontvangende partijen (gemeenten versus andere organisaties/partijen).

Binnen de programma's die ZonMw financiert wordt een deel gereserveerd voor communicatie en samenwerking tussen betrokken partijen. Middels persoonlijke communicatie zijn cijfermatige gegevens opgevraagd.

### 4.3 Resultaten

Gepubliceerde jaarcijfers bieden geen inzicht in welk deel van de uitgaven voor landelijke programma's wordt besteed aan het opzetten en onderhouden van samenwerkingsverbanden (coördinatiekosten). Een uitzondering hierop betreft de subsidieregeling *Preventiecoalities* omdat de subsidieregeling beschikbaar is gesteld voor zorgverzekeraars en gemeenten om samenwerking op het gebied van preventie te bevorderen. De subsidieregeling *Preventiecoalities* is bestemd voor zorgverzekeraars en gemeenten waarbij de uitgekeerde subsidie een derde bedraagt van de totale kosten voor procescoördinatie voor zorgverzekeraars en gemeenten. In de begroting 2019 van het ministerie van VWS was €4,8 miljoen bestemd voor de subsidieregeling [12]. In 2019 waren er 95 netwerkinitiatieven die zich richtten op preventie, waarvan er negen initiatieven gebruik hebben gemaakt van de subsidieregeling preventiecoalities. Deze negen preventiecoalities hebben in 2019 een (vervolg)subsidie ontvangen [6]. Er is €3,5 miljoen uitgegeven in 2019 voor de subsidieregeling, met een onderuitputting van €1,3 miljoen omdat het beroep op de subsidieregeling lager uitviel dan verwacht [13]. Daarbij is een deel van het beschikbare bedrag uitgekeerd in de vorm van vouchers om in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek afspraken over preventie te maken. VWS schat in dat circa €0,7 miljoen aan de Preventiecoalities als zodanig is uitgegeven, en de rest aan andere activiteiten ten behoeve van een regionale preventie-infrastructuur. Uitgaande dat gemeenten en verzekeraars ook een derde hebben bijgedragen is er in elk geval €2,1 miljoen aan de Preventiecoalities besteed. Mogelijk is het ook iets meer geweest, maar de cijfers hiervoor konden niet worden verkregen. In april 2021 waren er 15 preventiecoalities en zijn er enkele coalities in voorbereiding [14]. Daarnaast is er van 2019-2021 jaarlijks €3 miljoen gereserveerd voor gemeenten die een lokale coalitie willen vormen rondom de eerste 1.000 dagen van kinderen, als onderdeel van het programma Kansrijke start [15].

ZonMw heeft meerdere programma's die raken aan samenwerkingsafspraken binnen een regionale infrastructuur zoals netwerken rondom jeugd, geboortezorg en onbedoelde zwangerschap. Ook is binnen de programma's van ZonMw een deel van het budget bestemd voor communicatie en implementatie. In deze rapportage is alleen gekeken naar het Preventieprogramma (2019-2022). Het budget van ZonMw voor het zesde preventieprogramma (2019-2022) is geraamd op €17 miljoen (exclusief de programmaliijn Vroege Opsporing en de programmaliijn kennisbenutting en implementatie). De uitgaven voor de programmaliijn kennisbenutting en implementatie zijn meegenomen in hoofdstuk 8. Van het budget van 17 miljoen moeten de gehonoreerde projecten 5-10% reserveren voor communicatie en implementatie. Dit komt neer op een geschatte €0,3 miljoen (17 miljoen



/ looptijd van 4 jaar \* 7,5% bestemd voor communicatie en implementatie) voor communicatie en implementatie in 2019. De geschatte totale investeringen van de Rijksoverheid en het Preventieprogramma van ZonMw bedragen met behoorlijk wat slagen om de arm €5,4 miljoen per jaar om samenwerking rondom preventie vorm te geven. Deze kostenschatting betreft een nulmeting van de huidige uitgaven aan samenwerking. Verder onderzoek naar de wensen van gemeenten, GGD'en en zorgverzekeraars omtrent regionale samenwerking is nodig om doelstellingen en bijbehorende kosten in kaart te brengen.



## 5 Activiteiten voor gezondheidsbevordering

### 5.1 Inleiding

Om de gemeentelijke taken voor gezondheidsbevordering te concretiseren worden binnen de beoogde regionale infrastructuur doelgroepen en thema's als leidraad meegegeven. Hierbij wordt gedacht aan activiteiten voor de doelgroepen kinderen en volwassenen met overgewicht, personen met (het risico op) een kwetsbare mentale gezondheid, kwetsbare zwangeren, kwetsbare ouderen en aan de thema's roken en alcohol. Afhankelijk van de doelgroep en regionale afspraken kan een gemeente specifiek focussen op bepaalde activiteiten binnen dit aanbod. In dit hoofdstuk zijn landelijke programma's voor deze doelgroepen en thema's in kaart gebracht en de daarmee samenhangende uitgaven door de Rijksoverheid en zorgverzekeraars.

### 5.2 Afbakening en methode

Dit is een verkennende aanpak met de kanttekening dat een globale schets is gemaakt van de belangrijke ontwikkelingen en grootste uitgavencategorieën op het terrein van de gezondheidsbevordering. Op basis van de activiteiten uit de Kosten van Preventiestudie 2015 en beleidsdocumenten is een selectie gemaakt van landelijke programma's voor gezondheidsbevordering [7,13]. De uitgaven zijn opgehaald uit diverse bronnen, waarbij gebruik is gemaakt van beleidsdocumenten, rapporten over landelijke programma's, jaarrekeningen van organisaties en schriftelijke communicatie met ZonMw. Omdat realisatiecijfers voor 2020 nog niet volledig beschikbaar waren zijn cijfers over 2019 gebruikt. Er is geprobeerd om dubbeltellingen tussen programma's te voorkomen, maar door de samenhang en overheveling van gelden kon de overlap niet volledig ontrafeld worden. De uitgaven kunnen naast de uitvoeringskosten ook uitgaven bevatten voor samenwerkingsafspraken (zie hoofdstuk 4).

In 2019 werd vanuit het ministerie van VWS €96 miljoen uitgegeven aan het artikelonderdeel gezondheidsbevordering [15]. Om een kostenschatting te maken die aansluit bij de activiteiten in de beoogde infrastructuur is een deel van de uitgaven in kaart gebracht.

Ten eerste is gekeken naar de middelen die bestemd zijn voor coördinerende organisaties of gemeenten en uitvoering op regionaal of gemeentelijk niveau. De uitgaven vanuit de Rijksoverheid aan gezondheidsbevordering omvatten ook uitgaven voor landelijke campagnes (uitvoering op niveau van Rijksoverheid) en extra subsidieregelingen aan landelijke kennisinstututen maar zijn in de kostenschatting buiten beschouwing gelaten. Uitgaven van particuliere fondsen zijn niet meegenomen. Uitgaven van zorgverzekeraars in het kader van de zorgverzekeringswet zijn daarentegen wel in kaart gebracht.

Er is ingezoomd op programma's voor de doelgroepen en thema's die beoogd zijn in de infrastructuur (kinderen en volwassenen met overgewicht, personen met een kwetsbare mentale gezondheid,

kwetsbare zwangeren, kwetsbare ouderen, roken en alcohol). Andere onderwerpen binnen rijksuitgaven aan gezondheidsbevordering (o.a. letselpreventie, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, heroïnebehandeling) zijn niet opgenomen in de kostenschatting.

### 5.3 Resultaten

Er is een geschatte €33 miljoen uitgegeven aan de thema's die beoogd zijn binnen de infrastructuur (Tabel 3). Dit betreft de uitgaven op hoofdlijnen, met uitzondering van detailposten. Daarnaast werd in 2019 €84 miljoen overgeheveld naar het gemeentefonds voor middelen ten aanzien van buurtsportcoaches, GIDS en het programma Kansrijke Start (Tabel 3). In totaal is in 2019 dus €117 miljoen uitgegeven aan de desbetreffende landelijke programma's, waarvan €33 miljoen rechtstreeks en €84 miljoen via het gemeentefonds. Dit laatste bedrag vormt dus een onderdeel van de gemeentelijke uitgaven (zie Hoofdstuk 3).

Zorgverzekeraars kunnen op diverse manieren investeren in gezondheidsbevordering. Deze investeringen en uitgaven kunnen worden gedaan vanuit huisartsengelden/beleidsregel innovatie, beheerskosten, basisverzekering en via aanvullende verzekeringen. De 'gecombineerde leefstijlinterventie' is een programma op het gebied van gezondheidsbevordering dat wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Vanuit de zorgverzekeringswet werd in 2019 €2,2 miljoen uitgegeven aan vergoeding van de gecombineerde leefstijlinterventie (Tabel 4). Op het gebied van gezondheidsbevordering zijn diverse veelbelovende programma's beschikbaar (zie Hoofdstuk 7). In het kader van 'Preventie in het Zorgstelsel' stimuleert VWS de implementatie van meer preventieve interventies, in navolging van de gecombineerde leefstijlinterventie. Met deze interventiegerichte aanpak wordt de implementatie van valpreventie, diabetes interventies en Welzijn op Recept gestimuleerd. We hebben geen zicht gekregen op deze uitgaven (Tabel 4, pro memorie). Er zijn wel schattingen beschikbaar over de benodigde investeringen/personele inzet bij opschaling van de programma's naar landelijk niveau [17, 18]. Voor Welzijn op Recept wordt geschat dat 0,2 fte per 30.000 inwoners nodig is voor een gemeentelijke regisseur, minimaal 0,5 fte voor een regionaal adviseur en 2,4 fte voor een landelijk kennisnetwerk [18]. De eventuele toekomstige investeringen voor een landelijk dekkend aanbod van valpreventie is geraamd op €137 miljoen per jaar [17]. De huidige uitgaven voor interventies binnen de interventiegerichte aanpak zijn niet verkregen (Tabel 4, PM).

De landelijke programma's hebben een tijdelijk karakter. Het ministerie van VWS raamde dat de uitgaven in 2020 aan alcohol, tabak en overgewicht voor 17% (overgewicht), 51% (tabak) en 62% (alcohol) bestonden uit niet-structurele middelen. Voor de uitgaven vanuit het Nationaal Preventieakkoord besloegen niet-structurele middelen 29% (overgewicht), 61% (tabak) en 76% (alcohol) van de totale uitgaven.

Tabel 3 Uitgaven van de Rijksoverheid aan inhoudelijke activiteiten voor gezondheidsbevordering

Programma	Betalende partij	Ontvangende partij	2019 (in mln)
<b>Deel A: landelijke programma's</b>			
Nationaal Preventieakkoord	Rijksoverheid: landelijke programma's	Coördinerende organisaties / gemeenten	€21 <sup>8</sup> [19]
Meerjarenprogramma Depressiepreventie	Rijksoverheid: landelijke programma's	Coördinerende organisaties	€0,8
Gezondheidsachterstanden in de Veenkoloniën	Rijksoverheid: landelijke programma's	Coördinerende organisaties	€1,3 [12]
Gezonde School	Rijksoverheid: landelijke programma's	Coördinerende organisaties	€2,1 [20]
Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)	Rijksoverheid: landelijke programma's	Coördinerende organisaties	€7,6 [21]
Gezonde Kinderopvang / Jong Leren Eten	Rijksoverheid: landelijke programma's	Coördinerende organisaties, scholen	€0,5 <sup>9</sup> [22]
<b>Subtotaal</b>			<b>€33,3</b>
<b>Deel B: Gemeentefonds</b>			
Nationaal Sportakkoord Inclusief sporten (buurtsportcoaches)	Rijksoverheid: gemeentefonds	Gemeenten	€61 [13]
GIDS (Gezond In De Stad)	Rijksoverheid: gemeentefonds	Gemeenten	€20 [2020]
Kansrijke Start (inclusief Nu Niet Zwanger)	Rijksoverheid: gemeentefonds	Gemeenten	€2,9 [13]
<b>Subtotaal</b>			<b>€83,9</b>
<b>Totaal Rijksoverheid</b>			<b>€117,2</b>

Tabel 4 Uitgaven van zorgverzekeraars aan inhoudelijke activiteiten voor gezondheidsbevordering

Programma	Betalende partij	Ontvangende partij	2019 (in mln)
Gecombineerde Leefstijlinterventie	Zorgverzekeraars	Uitvoerende organisatie: zorgaanbieders	€2,2 <sup>10</sup> [23]
Interventiegerichte aanpak	Zorgverzekeraars/gemeenten*	Uitvoerende organisaties / gemeenten	PM [17,18]

\*In het kader van het programma 'Preventie in het Zorgstelsel' stimuleert VWS implementatie van interventies op het gebied van gezondheidsbevordering, in aanvulling op de gecombineerde leefstijlinterventie. Hierbij wordt ingezet op valpreventie, diabetes interventies en welzijn op recept [6].

<sup>8</sup> Het totaal van 23 miljoen voor 2019 is onderverdeeld in respectievelijk 7 miljoen euro voor roken, alcohol en overgewicht 1,5 miljoen euro voor lokale afspraken en 0,5 miljoen voor monitoring.

<sup>9</sup> 286 erkende aanvragen \* gemiddeld aangevraagd bedrag €1.702 per schoollocatie.

<sup>10</sup> De GLI wordt sinds 2019 vergoed vanuit het basispakket. De uitgaven zijn gebaseerd op de declaraties die zijn ingediend t/m augustus 2020. In 2020 kwamen er nog declaraties over 2019 binnen.



## 6 Samenwerking op lokaal- en wijkniveau

### 6.1 Inleiding

In de wijk werken professionals vanuit het medische en sociale domein aan ondersteuning en zorg voor burgers, onder andere door het aanbieden van activiteiten op het gebied van gezondheidsbevordering<sup>11</sup>. Bij het organiseren van de samenwerking in de wijk is het uitdagend om ervoor te zorgen dat de gezondheidsproblemen in de wijk goed in beeld zijn en om de werkzaamheden van professionals goed op elkaar af te stemmen. Diverse initiatieven zoals de *Gezonde Wijkaanpak* en *Integraal werken in de wijk* hebben als doel om een samenhangende aanpak rondom gezondheid in de wijk te stimuleren [24, 25]. Bij gemeenten, GGD'en, welzijnsorganisaties, eerstelijnszorg en zorgverzekeraars bestaat de wens om samenwerkingsverbanden rondom gezondheidsbevordering op lokaal- of wijkniveau structureel te borgen, oftewel het versterken van een lokale- of wijkinfrastructuur.

### 6.2 Afbakening en methode

Er zijn interviews gehouden met personen van het Centrum Gezond Leven (RIVM) die gemeenten advies geven over de *Gezonde Wijkaanpak*. De *Gezonde Wijkaanpak* richt zich specifiek op gezondheidsbevordering op wijkniveau en past daarom binnen het kader van dit onderzoek. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met betrokkenen van de VNG. Met de interviews is inzicht verkregen in de organisatie van samenwerkingsverbanden in de wijk. Daarnaast is uitgevraagd welke knelpunten er worden ervaren in het organiseren en behouden van samenwerkingsverbanden en welke middelen benodigd zijn om de ervaren knelpunten op te lossen.

### 6.3 Resultaten

De gemeente heeft de taak om voorzieningen aan te bieden voor de algemene bevolking (universele preventie). Voorzieningen omvatten activiteiten, beleid, personeel en samenwerkingsafspraken zoals mogelijkheden voor sport en bewegen in de wijk. Het organiseren van voorzieningen is een taak binnen de wijkinfrastructuur. Integraal werken houdt in dat er domeinoverstijgend aan gezondheid wordt gewerkt. Professionals binnen en buiten volksgezondheid werken daarbij samen, zoals buurtsportcoaches, huisartsen, praktijkondersteuners huisarts (POH), wijkverpleegkundigen, leefstijlcoaches, welzijnswerkers, GGD en Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) in de regio voor eerstelijnszorg. Verschillende landelijke programma's zoals stimulering buurtsportcoaches, JOGG en GezondIn en onderzoeksprogramma's zoals het ZonMw programma *Aan de Slag met Preventie* bevorderen een integrale aanpak in de wijk. Samenwerkingsafspraken zijn van belang om lokaal het aanbod van activiteiten te organiseren (als doorwerking van de regionale afspraken). Een wijk-infrastructuur zorgt er mede voor dat activiteiten vanuit landelijke programma's lokaal gerealiseerd worden.

<sup>11</sup> In de wijk is ook de gemeentelijke inzet op het fysieke beleidsterrein zichtbaar (voorbeelden hiervan zijn de aanleg van fietspaden, parken, speelplaatsen etc.)

Er kon in dit onderzoek geen exact cijfermatig onderscheid gemaakt worden tussen de gemeentelijke uitgaven aan inhoudelijke activiteiten, regionale samenwerkingsafspraken en de samenwerkingsafspraken op lokaal- of wijkniveau (zie hoofdstuk 3).

De opgedane ervaringen bij de Gezonde Wijkaanpak laten zien dat onder andere duidelijkheid over regie en rollen, het onderhouden van het netwerk en realiseren van gezamenlijk voordeel essentieel zijn voor succes [25]. De geïnterviewde personen benadrukken dat een succesvol samenwerkingsverband zich niet persé kenmerkt door een overlegstructuur, maar gaat over een organisatievorm waarbij samenwerkingsafspraken worden gemaakt. Ze geven aan dat werken aan gezondheidsbevordering hoort bij de taken van de betrokken professionals maar niet altijd goed van de grond komt. Hierbij merken ze op dat huisartsen steeds vaker werken aan gezondheidsbevordering maar dat het over het algemeen lastig is om huisartsen/professionals in de eerste lijn te betrekken. Enthousiaste betrokkenen zijn in staat om professionals met elkaar te verbinden maar dit kost veel tijd en kan niet volledig gerealiseerd worden binnen de aanstelling/werkuren van professionals. Het is daarom moeilijk om een samenwerkingsverband ook op de langere duur te borgen. Sinds de decentralisatie zijn er taken voor gemeenten bij gekomen, waardoor de aandacht voor gezondheidsbevordering bij gemeenten in de knel kan komen (afhankelijk van lokale besluitvorming) (zie hoofdstuk 3). Hierdoor is het lastig om het netwerk en samenwerkingsverband structureel te borgen. De geïnterviewde personen geven aan dat een 'aanjager' verbinding kan leggen tussen professionals in de wijk, kan stimuleren dat burgers en professionals onderling het gesprek aangaan over wat er nodig is in de wijk en ondersteuning kan bieden bij het maken van gezamenlijke doelen en samenwerkingsafspraken. Deze aanjager-functie kant vanuit verschillende partijen worden ingevuld. Het is daarbij essentieel is dat deze persoon overzicht heeft van de activiteiten en contacten in de wijk en gemeente.



## 7 Monitoring en innovatie

### 7.1 Monitoring

Monitoring kan op verschillende niveaus worden ingezet: monitoring van de volwassenheid van de regionale infrastructuur, de programma's die worden uitgevoerd, monitoring van personele inzet, en monitoring van participatie en gezondheid (effectmeting). Binnen de infrastructuur wordt beoogd dat het RIVM haar rol als plek waar kennis gehaald en gebracht kan worden verder uitbouwt in samenspraak met andere partijen. Daarbij is de doelstelling dat het RIVM wel in nauwe verbinding staat met landelijke ondersteuningsprogramma's (o.a. JOGG, GIDS, Kansrijke Start, Gezonde School) en zorg draagt voor afstemming en eenduidigheid in de communicatie.

Momenteel wordt door o.a. het RIVM de inzet van specifieke landelijke programma's voor gezondheidsbevordering in kaart gebracht. Een voorbeeld is de evaluatie van het programma Preventie in het zorgstelsel van VWS [6]. Een aanbeveling is om de evaluatie uit te breiden naar een algehele landelijke monitoring van diverse programma's voor gezondheidsbevordering. Samenwerking tussen GGD GHOR Nederland, VNG, RIVM en zorgverzekeraars is hierbij wenselijk.

Ook is er behoefte aan monitoring van de uitvoering van de infrastructuur voor gezondheidsbevordering. Dat hangt uiteraard af van hoe de versterkte infrastructuur precies vorm krijgt en welke rol de gemeenten en het gemeentefonds daarin spelen. De inrichting van een en ander is een bestuurlijk vraagstuk en valt buiten dit onderzoek.

### 7.2 Innovatie

Effectieve interventies voor gezondheidsbevordering zijn opgenomen in de databank effectieve interventies van het RIVM of zijn als zodanig geduid door Zorginstituut Nederland (ZIN) [26]. Er zijn echter interventies die hierin (nog) niet zijn opgenomen, maar waarvoor in het veld ruim draagvlak bestaat. Door middel van stimuleringsmiddelen kan zowel de uitvoering en onderzoek naar bewijsvoering voor effectiviteit in pilots worden gestimuleerd. Effectief bewezen interventies kunnen vervolgens een plek krijgen binnen het gemeentelijke aanbod voor gezondheidsbevordering en de bijbehorende financieringsstructuur. De ontwikkeling van interventies en organisatorische innovaties die bijvoorbeeld gestalte krijgt in nieuwe vormen van samenwerking blijft in deze benadering van innovatie buiten beschouwing.

ZonMw en zorgverzekeraars investeren in innovatie. Middels persoonlijke communicatie met ZonMw zijn de uitgaven aan implementatie van veelbelovende interventies geschat. Uitgaven voor effectonderzoek zijn niet in kaart gebracht. Van één zorgverzekeraar waren enige gegevens bekend over de uitgaven aan innovatie. Deze bedrijfsgevoelige informatie van één zorgverzekeraar bood onvoldoende aanknopingspunten voor een schatting van de uitgaven op landelijk niveau.

In 2019 is ZonMw gestart met de programmalijn 'Kennisbenutting en implementatie', binnen het Preventieprogramma 2019-2022. Voor deze programmalijn met subsidieoproepen zoals 'Gemeenten Samen Gezond' is €8,5 miljoen gereserveerd. Hiermee wordt gestimuleerd dat de kennis, voortkomend uit eerdere preventieprogramma's, wordt gebruikt en geïmplementeerd in de praktijk.

Enkele zorgverzekeraars richten zich specifiek op innovatie rondom gezondheidsbevordering. Vanuit de beheerskosten worden uitgaven gedaan voor specifieke innovatie projecten op het terrein van gezondheidsbevordering. Daarnaast worden uitgaven aan gezondheidsbevordering gedaan vanuit de basisverzekering (gecombineerde leefstijl interventie), vanuit de huisartsengelden/beleidsregel innovatie en vanuit aanvullende verzekeringen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de omvang van de uitgaven voor innovatie in sterke mate afhankelijk zijn van de specifieke inhoud en omvang.

## 8 Conclusies en beschouwing

Ondanks de interesse voor gezondheidsbevordering wordt het lastig gevonden om de samenwerking en uitvoering rondom gezondheidsbevordering goed van de grond te krijgen. In dit rapport is een nulmeting gemaakt van de uitgaven ten behoeve van samenwerkingsafspraken op regionaal niveau en op lokaal- of wijkniveau, een inhoudelijk aanbod van activiteiten voor gezondheidsbevordering en uitgaven op het gebied van monitoring en innovatie.

In de steekproef van gemeenten werd gemiddeld ruim €6 per inwoner uitgegeven aan gezondheidsbevordering op het terrein van volksgezondheid. Daarvan is gemiddeld €2 bestemd voor gemeentelijke inzet, €1 voor de inzet van de GGD en €3 voor andere organisaties die uitvoering geven aan programma's. Gezondheidsbevordering omvat ongeveer 4,5% van de gemeentelijke bijdrage aan de GGD. Daarnaast geven gemeenten gemiddeld bijna €14 per inwoner uit aan sportstimulering. Het grootste deel van de uitgaven (ruim €8 per inwoner) wordt besteed aan buurtsportcoaches. Gezondheid is een gebied dat ook in sociale wijkteams aandacht krijgt. Met een indicatieve extrapolatie naar landelijk niveau worden de gemeentelijke uitgaven aan gezondheidsbevordering ruwweg geschat op circa €95 tot €110 miljoen (volksgezondheid) en circa €220 tot €235 miljoen (sportstimulering). De investeringen vanuit de Rijksoverheid en ZonMw voor het stimuleren van samenwerkingsverbanden bedroegen in 2019 naar schatting €5,4 miljoen (Tabel 5). De Rijksoverheid heeft daarnaast in 2019 €33,3 miljoen uitgegeven aan de geselecteerde landelijke programma's. Via het gemeentefonds werd vanuit de Rijksoverheid €83,9 miljoen uitgegeven voor programma's rondom gezondheidsbevordering, maar dit bedrag vormt dus een onderdeel van de gemeentelijke uitgaven en is niet extra ten opzichte van bovengenoemde bedragen en daarom niet opgenomen in tabel 5. Vanuit de zorgverzekeringswet (basisverzekering) werd €2,2 miljoen uitgegeven aan de gecombineerde leefstijlinterventie.

Geïnterviewden gaven aan dat samenwerking in de wijk veelal wordt geïnitieerd via verbindende functies zoals gezondheidsmakelaars of buurtsportcoaches (ingevuld vanuit de gemeente of landelijke programma's). Dit maakt dat de uitgaven voor de samenwerkingsafspraken op lokaal- of wijkniveau zijn verweven met de uitgaven aan regionale samenwerking en de uitgaven aan preventieve activiteiten. Uit de interviews kwam ook naar voren dat het verbinden van professionals in de wijk dikwijls niet volledig gerealiseerd kan worden binnen de aanstelling/werkuren van professionals. Het is daarom moeilijk om een samenwerkingsverband ook op de langere duur te borgen. Geïnterviewden noemden investeringen in een 'aanjager'-functie op wijkniveau als mogelijke oplossing om duurzame samenwerking tussen professionals in de wijk te bevorderen.

Monitoring is gericht op het evalueren van de mate van de lokale invoering van specifieke landelijke programma's voor

gezondheidsbevordering. Samenwerking tussen GGD GHOR Nederland, VNG en RIVM kan mogelijk worden benut om een algehele monitoring uit te voeren naar de uitgevoerde programma's voor gezondheidsbevordering. ZonMw en zorgverzekeraars investeren in innovatie. Voor de programmalijn 'Kennisbenutting en implementatie' binnen het Preventieprogramma 2019-2022 van ZonMw was in 2019 €8,5 miljoen gereserveerd (Tabel 5).

Uit deze nulmeting blijkt dat Nederland in 2019 op landelijk niveau 21 tot 23 euro per inwoner heeft uitgegeven aan gezondheidsbevordering met een totaal van 358 tot 388 miljoen euro.

*Tabel 5 Samenvatting geschatte uitgaven gezondheidsbevordering in 2019*

<b>Uitgaven in miljoen €</b>	<b>Uitgaven 2019</b>
Gemeentelijke uitgaven: Volksgezondheid	€95 - €110
Gemeentelijke uitgaven: Sportstimulering	€220 - €235
Preventiecoalities <sup>1</sup>	€2,1
Kansrijke start coalities	€3,0
ZonMw: communicatie en implementatie <sup>2</sup>	€0,3
Landelijke programma's t.b.v. coördinerende organisaties <sup>3</sup>	€33,3
Gecombineerde Leefstijlinterventie (ZVW)	€2,2
Welzijn op Recept (ZVW)	PM
Valpreventie (ZVW)	PM
ZonMw programmalijn kennisbenutting en implementatie <sup>4</sup>	€2,1
Zorgverzekeraars innovatie	PM
<b>Totaal</b>	<b>€358 - €388</b>

<sup>1</sup> De subsidieregeling Preventiecoalities vanuit de Rijksoverheid betreft 1/3 van de kosten voor procescoördinatie voor gemeenten en zorgverzekeraars.

<sup>2</sup> Programmalijnen Effectiviteitsonderzoek en Innovatie, 6<sup>e</sup> Preventieprogramma (2019-2022).

<sup>3</sup> Zie tabel 3.

<sup>4</sup> De uitgaven in 2019 zijn geraamd op €2,1 miljoen (€8,5 / looptijd 4 jaar).

### **Beschouwing**

Preventie en zorg leveren een belangrijke bijdrage aan de volksgezondheid in Nederland. Aan geneeskundige en langdurige zorg werd in 2019 per inwoner van Nederland ongeveer € 5.300 uitgegeven [27]. Hiermee vergeleken zijn de geschatte uitgaven aan gezondheidsbevordering met €21 tot €23 per inwoner (ongeveer 0,5%) laag te noemen. In totaal gaat het om €358 tot €388 miljoen voor 2019. Daarbij moet gezegd worden dat dit bedrag de best mogelijke inschatting weergeeft, maar dat deze ook met behoorlijke onzekerheden is omgeven. Dit komt omdat er tal van partijen en financieringsbronnen zijn, en gemeentelijke overheden ook beleidsvrijheid hebben. Daarnaast kunnen er diverse initiatieven zijn op het gebied van gezondheidsbevordering waarvan de uitgaven 'verstopt' zitten in andere posten (zoals uitgaven binnen de jeugdgezondheidszorg) en waarvoor geen cijfermatige gegevens zijn verkregen. Om een completer inzicht te verkrijgen in de landelijke uitgaven aan gezondheidsbevordering is onder andere nader onderzoek nodig naar de uitgaven van zorgverzekeraars op het gebied van innovatie en

gezondheidsbevordering. Ten behoeve van dit onderzoek zijn voor het eerst de gemeentelijke uitgaven aan gezondheidsbevordering steekproefsgewijs in kaart gebracht. Het verdient aanbeveling om alle geldstromen ten behoeve van gezondheidsbevordering gedetailleerder in kaart te brengen.

Hoewel beperkt van opzet, heeft dit onderzoek een aantal belangrijke zaken aan het licht gebracht. De bevindingen over de huidige uitgaven aan gezondheidsbevordering laten zien dat een gering deel van de uitgaven van GGD'en bestemd is voor gezondheidsbevordering. De gemeentelijke cijfers laten zien dat gemeenten niet alleen de GGD betrekken maar ook andere partijen en daarnaast ook het gemeentelijke apparaat inzetten. Daarbij zijn er tussen gemeenten aanzienlijke verschillen, waarbij het bedrag dat per inwoner aan de GGD voor gezondheidsbevordering wordt besteed (gemiddeld €1 per inwoner) de minste variatie toont. Vervolgens valt op dat van het totaalbedrag van €21 tot €23 voor gezondheidsbevordering een aanzienlijk deel (14 euro) wordt uitgegeven aan sportstimulering, voornamelijk via de inzet van buurtsportcoaches.

Kijken we wat nauwkeuriger naar de herkomst van de financiële middelen, dan blijkt dat de gezondheidsbevordering grotendeels afhankelijk is van tijdelijke middelen omdat voor gemeenten en andere uitvoerders onzeker is of middelen die worden ingezet voor gezondheidsbevordering op de lange termijn ook beschikbaar zijn.

Tussen gemeenten bestaat veel variatie, zowel in de uitgaven als in de wijze waarop de gezondheidsbevordering gestalte krijgt. Daardoor is het ook niet mogelijk om een helder onderscheid te maken tussen de infrastructuur en de middelen die daarvoor nodig zijn en de uitvoering van programma's. Vaak is een of zijn enkele personen aangewezen om de regionale samenwerking te organiseren. Welke functie deze mensen formeel hebben en of ze aangesteld zijn bij de GGD, gemeente of andere organisaties kan van plaats tot plaats weer verschillen. Hoewel het belangrijk is om in te kunnen schatten wat er financieel nodig is voor een basale samenwerking voor gezondheidsbevordering en wat voor de inhoudelijke activiteiten, is het onderscheid tussen infrastructuur en lopende programma's in de dagelijkse praktijk minder relevant. De essentie is dat er een bepaalde omvang aan menskracht beschikbaar is en er een wisselwerking is tussen uitvoering van activiteiten en infrastructuur.

Hoewel de uitgaven voor gezondheidsbevordering gering zijn in vergelijking met de uitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg, is op dit moment niet bekend wat het door VWS, gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen gewenste uitgavenniveau is voor gezondheidsbevordering. Dit komt, onder andere, omdat hiervoor geen (minimale) norm is vastgesteld. Er zijn verschillende initiatieven gestart om de positie van gezondheidsbevordering te versterken. Daartoe zijn en worden met name de Preventiecoalities in het leven geroepen. Volgens de Evaluatie van preventie in het zorgstelsel, een onderzoek van Kemper et al uit 2020 is het succes daarvan vooralsnog beperkt gebleven en tot nu toe zijn de hiervoor beschikbare middelen onvoldoende benut [6]. De

huidige uitgaven en ervaringen bieden nog onvoldoende houvast voor een inschatting van de middelen die nodig zijn om in de toekomst de infrastructuur te verstevigen. Daarvoor is ander onderzoek nodig, namelijk naar wat het ambitieniveau zou moeten zijn van regionale gezondheidsbevordering en wat volgens gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars en andere partijen aan menskracht en middelen nodig is om een duurzame regionale infrastructuur voor gezondheidsbevordering te realiseren.

Daarnaast zou het goed zijn om ook een financieringsstructuur te ontwerpen die gezondheidsbevordering minder afhankelijk maakt van middelen met een beperkte looptijd en die de verbinding met inzet op het sociaal en fysiek domein ondersteunt. Bij dit alles kunnen de schattingen uit dit rapport als een valide nulmeting worden gebruikt.

## 9 Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Discussienota Zorg voor de Toekomst*. 2020, VWS: Den Haag.
2. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Motie randvoorwaarden regionaal preventiefonds*. 2021, VWS: Den Haag.
3. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Nationaal Preventieakkoord: naar een gezonder Nederland*. 2018, VWS: Den Haag.
4. VWS; Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Nationaal Sportakkoord: sport verenigt Nederland*. 2018: Den Haag.
5. Kemper, P.F., M. Beijer, and I. van Gestel, *Lokale en regionale preventieakkoorden: een beschrijving van de preventieakkoorden*. 2021, RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bilthoven.
6. Kemper, P.F., et al., *Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel*. 2020, RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bilthoven.
7. van Gils, P.F., et al., *Nederlandse preventie-uitgaven onder de loep*. TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2020. 98(2): p. 92-96.
8. Heijink, R. and J. Struijs, *Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland?* 2016, RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bilthoven.
9. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Wat is integraal werken aan gezondheid?* [Geraadpleegd op 2021 april]; Beschikbaar via: <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wat-is-integraal-werken>.
10. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *Iv3 - informatievoorschrift: Gemeenten en Gemeenschappelijke regelingen*. 2018.
11. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <https://www.regiobeeld.nl/verantwoording>. n.d. [Geraadpleegd op 2021 februari 2021].
12. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Begroting 2019*. 2019, VWS.
13. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Jaarverslag 2019*. 2019, VWS.
14. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Preventiecoalities*. 2021 [Geraadpleegd op 2021 april]; Beschikbaar via: <https://www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/preventiecoalities>.
15. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Begroting 2020*. 2020, VWS: Den Haag.
16. ZONMW. *Preventieprogramma 2019-2022*. n.d. [Geraadpleegd op 2021 februari]; Beschikbaar via: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/gender-en-preventie/programmas/programma-detail/preventieprogramma-2019-2022/>.
17. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Zorgkeuzes in Kaart*. 2020.

18. Welzijn op Recept, *Integraal inkoopadvies Welzijn op Recept*. 2020.
19. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Lijst van Vragen Preventieakkoord, Kamerstuk 32793-339*. 2019, VWS: Den Haag.
20. Gezonde School. *Gezonde School*. n.d. [Geraadpleegd op 2021 maart]; Beschikbaar via: [www.gezondeschool.nl](http://www.gezondeschool.nl).
21. Slot-Heijs, J., et al., *Jongeren op Gezond Gewicht in Beeld 2015-2019*. 2020, Mulier Instituut: Utrecht.
22. Modderman, P. and M. Noordink, *Evaluatie subsidie Jong Leren Eten*. 2020, RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu & KWINK groep: Bilthoven.
23. Mohnen, S., et al., *Gecombineerde leefstijlinterventie 2020*. 2020, RIVM, Rijksintstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bilthoven.
24. Integraal werken in de wijk. *Integraal werken in de wijk*. n.d. [Geraadpleegd op 2021 maart]; Beschikbaar via: [www.integraalwerkenindewijk.nl](http://www.integraalwerkenindewijk.nl).
25. Loket gezond leven. *Gezonde Wijkaanpak*. n.d. [Geraadpleegd op 2021 maart]; Beschikbaar via: <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/gezonde-wijkaanpak>.
26. Loket gezond leven. *Leefstijlinterventies*. n.d. [Geraadpleegd op 2021 april]; Beschikbaar via: <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies>.
27. Statline. *Zorguitgaven; kerncijfers*. 2020 [Geraadpleegd op 2021 mei 2021]; Beschikbaar via: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84047NED/table?ts=1621237363902><https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84047NED/table?ts=1621237363902>.



## 10 Begrippenlijst

Domein	Een afgebakend gebied waartoe gemeentelijke taken behoren. In het kader van zorg wordt het medische domein onderscheiden van het sociaal domein. Behoeften en activiteiten rondom gezondheidsbevordering en de professionals die hier aan werken behoren zowel tot het medische als tot het sociale domein.
Geïndiceerde preventie	Activiteiten gericht op mensen met beginnende klachten om te voorkomen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening.
Gezondheidsbevordering	Activiteiten gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl en een gezonde fysieke en sociale omgeving voor de bevolking.
Preventieketen	Afspraken over de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren voor het organiseren van een preventief aanbod voor risicogroepen.
Preventiecoalitie	Preventiecoalities zijn samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars en gemeenten met formele afspraken. Coalities komen in aanmerking voor de subsidieregeling Preventiecoalities.
Regionaal / lokaal preventieakkoord	Gemeenten of regio's die samen met lokale partners afspraken maken rondom preventie. Het akkoord is een vertaling van de maatregelen uit het Nationaal Preventieakkoord op lokaal niveau.
Regionale preventie infrastructuur	De samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, GGD en aanbieders waarbij een vaststaand proces wordt gevolgd voor het opstellen, monitoren en evalueren van een gedeeld regionaal aanbod van preventieve activiteiten.
Regiobeeld / Regioanalyse	Een analyse van de gezondheidssituatie van burgers in een regio's en de zorgvraag die hieruit voortkomt. Het regiobeeld bevat informatie over zorggebruik, gezondheid en leefstijl, bevolkingsontwikkeling en de sociale en fysieke omgeving. Het regiobeeld is een middel voor partijen in de regio (gemeenten, GGD, zorgverzekeraar, zorgkantoren, zorgaanbieders) om afspraken te maken.
Regiovisie	Een gezamenlijke visie van partijen in de regio (gemeenten, GGD, zorgverzekeraar, zorgaanbieders) voor de toekomstige zorg in de regio. Het regiobeeld kan hierbij worden gebruikt.
Regionaal convenant	Een overeenkomst tussen partijen in de regio (gemeenten, GGD, zorgverzekeraar, zorgaanbieders) met afspraken over de geïnventariseerde behoeften in de regio, het aanbod van preventieve activiteiten, samenwerking en het proces rondom de

Regionale werkstructuur	<p>monitoring en evaluatie van het convenant. Het regionale convenant geldt voor een periode van vier jaar.</p> <p>Afspraken tussen Zorgverzekeraars Nederland en Vereniging Nederlandse Gemeenten over structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren op regionaal niveau. Deze werkstructuur is erop gericht om de samenwerking tussen het zorgdomein en sociale domein vorm te geven. Hierbij staat preventie voor ouderen, mentaal welbevinden en activiteiten rondom leefstijl centraal.</p>
Selectieve preventie	<p>Activiteiten gericht op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico om te voorkomen dat personen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden.</p>
Universele preventie	<p>Activiteiten gericht op de gezonde bevolking (of delen daarvan) om de gezondheid van de bevolking te bevorderen en te beschermen.</p>
Lokale – en wijkinfrastructuur	<p>Samenwerkingsverbanden in de wijk tussen professionals vanuit medische en sociale domein die gezamenlijk werken aan gezondheidsbevordering.</p>



**RIVM**

*De zorg voor morgen begint vandaag*