

Vergaderjaar 2007–2008

22 894

Preventiebeleid voor de volksgezondheid

Nr. 134

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 september 2007

Hierbij stuur ik u mede namens de minister voor Jeugd en Gezin en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de kabinetsvisie op gezondheid en preventie¹.

In de afgelopen 10 maanden is een aantal belangrijke adviezen en rapporten over preventie verschenen. Mede naar aanleiding van deze rapporten en een eerdere toezegging aan uw kamer geef ik in deze brief het kader voor het beleid ten aanzien van gezondheid en preventie. Tevens is deze brief een reactie van het kabinet op deze adviezen en rapporten. Dat zijn tevens de bijlagen 2 tot en met 5:¹

1. de rapportage van het interdepartementale beleidsonderzoek (IBO) «gezond gedrag bevorderd», juli 2007;
2. het rapport van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) «van preventie verzekerd», juli 2007;
3. het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) betreffende de publieke gezondheid, oktober 2006 en
4. de visie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), juni 2007.

In deze brief schets ik de hoofdlijnen van mijn beleid en in bijlage 1 treft u mijn uitgewerkte visie aan. Daarmee zet ik de agenda voor het gezondheidsbeleid voor de komende jaren. Het kabinet realiseert zich dat gezondheid en preventie een complex geheel is. Er zijn veel gegevens over de staat van de volksgezondheid, ziekte en sterfte, mede in relatie tot gedrag en medische interventies. Er is veel beschikbaar in wetenschap en onderzoek over achtergronden van ziekte: gedrag, natuurlijke, humane en genetische milieu-invloeden. Naast ongezondheid die iemand kan overkomen, weten we ook steeds meer dat gezondheid voor een niet onbelangrijk deel door gedrag en leefstijl bepaald kan worden. Tegelijkertijd moge het duidelijk zijn dat er ook veel onbekend is en dat niet alle analyses voor honderd procent sluitend zijn of op volledige consensus kunnen rekenen van wetenschap en politiek. Dat mag de regering echter niet weerhouden

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

binnen deze kaders van zekerheden en onzekerheden een visie neer te leggen. In bijlage 1 is daarom de visie verder uitgewerkt.

In deze brief, die tevens een reactie is op genoemde rapporten en adviezen gaan wij kort in op enkele hoofdlijnen uit de kadervisie gezondheid en preventie van het kabinet voor de komende jaren. Deze kaderbrief is tevens mijn reactie op de motie-Van de Veen¹ c.s. waar wij in bijlage 6 uitvoeriger reageren². En ik doe hiermee gestand aan mijn toezegging in het Algemeen Overleg van 15 maart 2007 om in mijn brief een aparte passage over de factor arbeid op te nemen³.

Naast het agenderende karakter van deze brief, besluit ik deze brief met concreet te nemen maatregelen in dit parlementaire jaar. Deze voorgenomen maatregelen passen volledig binnen de beleidslijnen zoals die in de visie zijn uitgewerkt. Tevens geef ik aan op welke (deel)terreinen de minister voor Jeugd en Gezin, de staatssecretaris VWS en ikzelf nog met nader beleid ten aanzien van gezondheid en preventie komen.

1. Het belang van en betrokkenheid bij preventie

Voor het opstellen van mijn visie heb ik, naast bovengenoemde 4 publicaties, dankbaar gebruik gemaakt van de aanbevelingen en diverse adviezen van onder andere de Gezondheidsraad, de Nederlandse Public Health Federatie, het Sociaal Cultureel Planbureau, het Public Health Forum, van mijn collega-ministers en diverse deskundigen. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) 2006 zijn veel gegevens bijeengebracht over de staat van de gezondheidszorg en met name de publieke gezondheid. Korthedshalve verwijs ik naar deze eerder aan U toegezonden VTV 2006 publicatie⁴.

Bij de inventarisatie bleek dat er veel betrokkenheid en enthousiasme is om een bijdrage te leveren aan preventie en mensen in staat te stellen langer gezond te leven. Dit gevoel voor urgentie sluit aan bij het coalitieakkoord en beleidsprogramma van het kabinet waarin deze beleidsvisie op preventie in het vooruitzicht is gesteld.

Het kabinet zal voor de uitvoering van deze kadervisie de steun van veel partijen nodig hebben. In eerste instantie van de burger zelf. Burgers zijn zelf verantwoordelijk voor hun gedrag ten aanzien van gezondheid. De rol van de overheid bestaat er uit de juiste randvoorwaarden te creëren zodat de burger die verantwoordelijkheid ook kan nemen. Daar waar nodig en budgettair mogelijk neemt het kabinet zijn verantwoordelijkheid door komende aanpassing van regelgeving (zoals het rookverbod in de horeca) of subsidiëring (zoals pilots op het terrein van bewegen op recept). Maar het wil ook een groot beroep doen op onder andere gemeenten, het bedrijfsleven, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, scholen en zorgaanbieders om hun bijdrage te leveren en intensiever te gaan samenwerken. Zij hebben vanuit hun eigen invalshoeken belang bij vitale burgers, bij gezonde werknemers die minder verzuimen en productief zijn, bij gezonde verzekerden, bij dito patiënten en bij gezonde en fitte leerlingen. Het gaat bij de samenwerking bijvoorbeeld om de verbinding te zoeken op lokaal niveau waarbij bestaand aanbod in samenhang veel effectiever wordt, zoals beweegprogramma's in de buurt. Of om scholen die er belang bij hebben dat hun leerlingen niet ondermaats gaan presteren vanwege overmatig alcoholgebruik. Ook kan gedacht worden aan de verbinding te zoeken om een bepaalde doelgroep een beter aanbod te geven, zoals de zorggroepen voor diabetes.

Gezondheid en preventie zijn een belangrijke prioriteit voor het kabinet. Het is voor iedereen zichtbaar dat er een groei is in het aantal volwassenen en kinderen met overgewicht en dat nog te veel mensen er een

¹ Tweede Kamer, 2006/07, 30 800 XVI, nr. 74.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

³ Tweede Kamer, 2006/07, 25 253, nr. 10.

⁴ Tweede Kamer, brief 4 juli 2006, met rapport, tevens te downloaden via www.rivm.nl/vtv.

ongezonde leefstijl op na houden. Als we deze, en de demografische, ontwikkelingen op de toekomst projecteren staan we voor een forse opgave om Nederland vitaal en gezond te houden.

Deze visie op gezondheid en preventie bouwt voort op het beleid van mijn voorgangers dat tot uitdrukking kwam in onder meer de Nota 2000 (1986) tot aan de nota Kiezen voor Gezond Leven (2006).

- Nieuw is de uitdrukkelijke ambitie bestaande beleidslijnen steviger met elkaar te verbinden. Zo biedt het nieuwe zorgverzekeringsstelsel mogelijkheden om verschillende vormen van preventie in het basis- en aanvullende pakket op te nemen.
- Een robuustere infrastructuur van de publieke gezondheid zoals de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD) en de eerstelijnsgezondheidszorg zijn een belangrijke randvoorwaarde om partijen op lokaal niveau samen te laten werken.

Maar ik wil ook nieuwe verbindingen maken zodat meer partijen belang krijgen om hun bijdrage te leveren aan gezondheid en preventie.

- Werkgevers en ondernemers hebben belang bij preventieve maatregelen die enerzijds het ziekteverzuim verlagen en uitval voorkomen en tegelijkertijd de gezondheid van werknemers ten goede komen. Gezond personeel draagt immers bij aan een gezond bedrijf, een hogere arbeidsproductiviteit en winstgevendheid van ondernemingen.
- Ondernemers en bedrijfssectoren hebben belang om de gevolgen van reputatieschade te voorkomen. Producenten van voedsel en drank hebben dus een eigen gerechtvaardigd belang bij gezondere voeding, een matig gebruik van alcohol, etc.
- Een gezond imago (zowel voor product als bedrijf) begint een steeds belangrijker begrip te worden. Ook daar liggen aanknopingspunten voor een gezamenlijke agenda: met de industrie en de handel misbruik tegen gaan. Ieder vanuit een eigen gerechtvaardigd belang, in de wetenschap dat die belangen goeddeels parallel lopen.
- De relatie tussen alcohol en de overlast en openbare orde problematiek is reeds genoemd. Zowel gemeenten, de politie en de horeca, hebben, ieder vanuit een eigen perspectief, belang om deze ernstige overlastproblematiek het hoofd te bieden. Een effectieve aanpak levert bovendien gezondheidswinst op.
- Er zijn ook groeiende aanwijzingen voor het verband tussen schoolprestaties en schooluitval enerzijds en alcohol- en drugsgebruik anderzijds¹. Met name het bewijs voor een positieve samenhang tussen fitheid en bewegen enerzijds en cognitieve prestaties anderzijds, o.a. uit Duits en Amerikaans onderzoek², wordt steeds sterker. Scholen die overmatig gebruik en misbruik van alcohol en andere genotsmiddelen uit onderwijsinterne overwegingen bestrijden, zijn partners in preventie en bij het bestrijden van ongezond gedrag. Dat geldt ook voor jeugd en sportorganisaties, en vooral ook ouders!
- Bij de gemeenten liggen veel kansen om gezondheid vanuit andere beleidsdomeinen dan het volksgezondheidsdomein gunstig te beïnvloeden. Te denken valt aan onderwijs, milieu, ruimtelijke ordening en volkshuisvesting. Op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv, 2002) zijn gemeenten verplicht om integraal gezondheidsbeleid te voeren. De afgelopen jaren is de aandacht die gemeenten besteden aan de gezondheidsgevolgen van beslissingen op andere beleidsterreinen zoals milieu, economische zaken en maatschappelijk werk, gestegen. Toch zijn veel mogelijkheden nog onbenut³. Er ligt hier een taak voor de rijksoverheid om integraal beleid lokaal te stimuleren en burgemeester en wethouders dienen op hun beurt kansen op te pakken.
- Door voldoende wandel- en fietspaden en buitenspeelplaatsen kan bewegen worden gestimuleerd. Armoedebestrijding en jeugd-

¹ WHO Euro, Health Behaviour of School Children (HBSC), 2003.

² Zie o.a. www.forumpraevention.de/forumpraevention_1234/images/Kongress07/Pr%C3%A4sentationPfeifer.pdf en www.dslv-thueringen.de/texte/Deutschland%20bewegt%20sich.pdf

³ Staat van de Gezondheidszorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2005). Zie ook Storm I, F. van Zoest en L. den Broeder, Integraal Gezondheidsbeleid: theorie en toepassing, RIVM 2007.

gezondheidszorg kunnen elkaar versterken. Wethouders onderwijs, jeugd en sport & recreatie kunnen bijvoorbeeld gezamenlijk het thema overgewicht oppakken. Een goed voorbeeld zijn de projecten «Lekker Fit!» en «Maatwerk op school» (verlengen schoolweek als gemeentelijk en lokaal initiatief) in Rotterdam.

Uit de praktijk blijkt dat de goede voorbeelden meestal gerealiseerd worden door vasthoudende, ondernemende mensen die in eerste instantie niet alle medewerking krijgen. De goede voorbeelden wil ik actief gaan promoten, zorg dragen dat anderen erdoor geïnspireerd raken en eventuele belemmeringen in wet- en regelgeving gaan wegnemen zodat ze een bredere navolging krijgen. Ik hecht er wel aan dat die voorbeelden aantoonbaar tot gezondheidswinst leiden en met name zich richten op de prioritaire thema's roken, alcohol, overgewicht, diabetes en depressie. Het in kaart brengen van de resultaten van de goede voorbeelden zal een belangrijke bijdrage leveren aan de continuïteit en de bredere uitrol ervan.

In het bijzonder willen wij ook de rol van sport en bewegen benadrukken in relatie tot gezondheid. Bewegen heeft een belangrijke positieve invloed op het voorkomen van o.a. overgewicht en daarmee ook op diabetes type 2. Sport en bewegen kunnen naast het sportieve en sociale in wezen ook invulling geven aan het begrip meedoen. Sport kan dus een verbindend element zijn bij zingeving, geborgenheid en gestructureerde dagbesteding. Daarmee heeft sport zowel op individueel als in groeps- en verenigingsverband een eigen plaats in onze samenleving. Dat werkt ook weer direct door op geestelijke en lichamelijke gezondheid. De staatssecretaris zal in haar komende beleidsbrief over Sport hierop nader ingaan onder meer op de intensiveringen in het kader van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen.

Gezondheid en preventie is dus een zaak van velen en op tal van onderdelen vraagt het beleid nog om meer samenhang om aan effectiviteit te winnen. In dat kader hebben de programmaminister voor Jeugd en Gezin en ik afgesproken om voor gezondheid en preventie gericht op jongeren complementaire beleidslijnen te ontwikkelen. Zo zal ik in overleg met hem en de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties in oktober met een beleidsbrief betreffende het algemene alcoholbeleid komen. De minister voor Jeugd en Gezin zal na deze beleidsvisie gezondheid en preventie volgend jaar aanvullend hieraan dezelfde problematiek vanuit jongeren benaderen en komen met een nota over jeugd en preventie.

2. Hoe gezond zijn we?

Internationaal

De levensverwachting van de Nederlander stijgt nog altijd licht en de gewonnen levensjaren zijn meestal gezonde levensjaren. Wij hebben een betere gezondheid en levensverwachting dan 100 jaar geleden. Maar enige relativering is wel op haar plaats. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM in 2006¹ is dat uitvoerig beschreven. Ik volsta daarom nu met een enkel getal en tabel. De stijging van de gemiddelde levensverwachting en het aantal jaren in goede gezondheid blijft in vergelijking met andere landen achter.

Levensverwachting in de landen:	In 1960	In 2003	Stijging van 2003 t.o.v. 1960
Noorwegen	73,6	79,5	8,0%
Nederland	73,5	78,6	6,9%
Zwitserland	71,6	80,4	12,3%
Groot-Brittannië	70,8	78,5	10,9%

¹ Zie www.rivm.nl/vt.

Levensverwachting in de landen:	In 1960	In 2003	Stijging van 2003 t.o.v. 1960
België	70,6	78,1	10,6%
Frankrijk	70,3	79,4	12,9%
Italië	69,8	79,9	14,5%
Spanje	69,8	80,5	15,3%
Duitsland	69,6	78,4	12,6%
OECD-gemiddelde	68,5	78,6	14,7%
Japan	67,8	81,8	20,6%

Nu en de komende jaren valt verder op dat het aantal mensen met overgewicht/obesitas zorgelijk snel stijgt in vergelijking met veel andere vergelijkbare landen. Zeker de stijging bij kinderen baart zorgen. Op het gebied van de alcoholconsumptie door jongeren bezet Nederland de laatste jaren een twijfelachtige eerste plaats.

De conclusie is dan ook dat Nederlanders (en nu ook weer de jeugd) te veel roken, te veel alcohol drinken en te zwaar aan het worden zijn. Ongeveer 50% van de ziektelast wordt veroorzaakt door het eigen (ongezonde) gedrag van mensen. Dit leidt tot grotere fysieke en mentale zorgen voor die inwoner van ons land, tot minder gezonde levensjaren, minder beschikbaar human capital en druk op de solidariteit en trekt een zware wissel op de toekomstige vitaliteit van Nederland in relatie tot andere OECD landen.

Nationaal

Binnen Nederland bestaan er aanzienlijke verschillen in gezondheid en in de spreiding van risicofactoren voor ziekte en sterfte. Lager opgeleide mannen en vrouwen leven gemiddeld respectievelijk 4,9 jaar en 2,6 jaar korter dan hoog opgeleiden. Het gemiddelde verschil in het aantal jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht is zelfs 15 jaar. De sociaal economische en etnische gezondheidsachterstanden zijn de afgelopen jaren hardnekkig gebleken en zijn sterk verweven met achterstanden op andere terreinen zoals huisvesting, onderwijs, arbeidsparticipatie en ruimtelijke ordening. Ook is er een verschil in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen. Verder neemt door de demografische ontwikkelingen en door de ongezonde leefstijl het aantal mensen met een chronische ziekte de komende jaren fors toe. Dit geldt zowel voor somatische als psychische aandoeningen. Voor een uitgebreide verwijzing naar onderzoeks- en statistische gegevens verwijs ik U kortheidshalve naar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van 2006 van het RIVM of naar de bronnen genoemd op blz. 38–40 van de preventievisie in bijlage 1.

3. Maatschappelijke noodzaak voor preventie

Gezondheid is in de regel belangrijk om goed te functioneren in de maatschappij. Aan de andere kant heeft een succesvolle samenleving ook veel gezonde mensen nodig. Individu en samenleving hebben dus een wederzijds belang bij gezondheid. Voor een deel is een mindere gezondheid door ziekte of gebrek iets dat een mens kan overkomen door bijvoorbeeld een genetische afwijking, een besmetting, een ongeval of een andere externe oorzaak. Gezondheid is helaas dus niet altijd vanzelfsprekend. Bovendien geeft het hebben van één ziekte een grotere kans om meerdere ziekten te krijgen.

Gezondheidsschade in relatie tot maatschappelijke schade

Gezond gedrag heeft invloed op ieders persoonlijk leven maar ook op de rest van de samenleving op verschillende niveaus. Zo veroorzaakt bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik 4,5% van de ziektelast, 1 op de 4 daders van agressie in de privésfeer heeft alcohol gebruikt, het ziekteverzuim van probleemdrinkers ligt 2 tot 6 keer hoger dan bij anderen en 5,2% van de

burgers heeft overlast van dronken mensen op straat¹. De gevolgen van een slechte gezondheid worden ook buiten de gezondheidszorg onderzocht. Zo worden onder andere gemeenten, politie en justitie, het bedrijfsleven en onderwijs dagelijks geconfronteerd met de gevolgen van mensen met een slechte gezondheid en/of slechte leefstijl.

Jong geleerd is oud gedaan

De basis van een verkeerde leefstijl kan al op vroege leeftijd ontstaan. Zo kan een ongezonde leefstijl op jonge leeftijd zoals te weinig beweging en verkeerde/overmatige voeding leiden tot overgewicht, soms overigens ook al op jonge leeftijd. Dit kan resulteren in onder andere een grotere kans om gepest te worden op school, lagere schoolprestaties, emotionele problemen bij het volwassen worden, het ontwikkelen van diabetes (en de bijbehorende complicaties) en op latere leeftijd klachten en slijtage van het bewegingsapparaat. Naast een levenlang minder individuele gezondheid zijn er ook de nodige maatschappelijke effecten: in onder andere het onderwijs, de jeugdzorg, op de arbeidsmarkt (minder human capital) en in de gezondheidszorg.

Chronische ziekten domineren de zorgvraag en de zorguitgaven

De komende jaren zal het aantal mensen met een chronische ziekte fors stijgen. De vergrijzing is hiervan de voornaamste oorzaak². Veel van deze chronische ziekten zijn veroorzaakt of verergerd door een ongezonde leefstijl waaronder roken, te weinig bewegen, ongezond eten. Vaak treedt er ook een stapeling op van chronische aandoeningen, de zogenaamde multi-morbiditeit.

Chronische ziekten verlagen de kwaliteit en lengte van leven en veroorzaken maatschappelijke kosten door een beroep op zorg en mantelzorg en een lagere arbeidsproductiviteit en -participatie³. Preventie en gezond gedrag helpen de persoonlijke en maatschappelijke gevolgen van chronische ziekten beperken.

Uit modelberekeningen komt naar voren dat het effect van gezonder leven en preventieve interventies op de zorgkosten gemengd is omdat enerzijds minder mensen chronisch ziek zijn maar anderzijds mensen langer leven. De per saldo uitkomst van gezond leven en preventie over een langere periode is met onzekerheid omgeven, maar er zijn bronnen die er op wijzen dat de zorgkosten stijgen zodat op termijn de financiële opgave in verband met de vergrijzing groter wordt. In dit opzicht is preventie vergelijkbaar met curatie. Deze opgave moet echter in het perspectief worden geplaatst van het persoonlijk welbevinden alsook de positieve effecten van gezond gedrag op onder meer de productiviteit, de arbeidsparticipatie, wellicht de schoolprestaties van leerlingen en de kwaliteit van het gezinsleven. Gezond leven zal dus de brutokosten van de vergrijzing wellicht enigszins vergroten maar biedt tevens een bijdrage aan de financiële dekking. Met gezondheidszorg wordt bij wijze van spreken menselijk geluk en kapitaal onderhouden. Ook de institutionele arrangementen (het fiscale stelsel, de oudedagsvoorziening waar onder AOW) spelen daarbij een rol. Er zijn echter ook aanwijzingen dat met name op het gebied van dementie en depressiviteit preventieve maatregelen een gunstige invloed hebben op de zorgkosten. Het kabinet zal daarom de relatie tussen preventie, gedrag en maatschappelijke kosten nader bestuderen.

¹ In de beleidsbrief alcohol najaar 2007 wordt hier nader op ingegaan.

² Vergrijzing en toekomstige ziektelast, RIVM 2007.

³ Van patiënt tot partner, Nyfer (2005).

Trendmatige uitgavenstijging voor een aantal veelvoorkomende chronische aandoeningen

Ziekte	zorguitgaven 1999 (in mln. euro's)	demografische + epidemiologische trend	zorguitgaven 2020 (in mln. Euro's van 1999)
Kanker	228	+ 49%	342
Diabetes	431	+ 67%	721
Psychische aandoeningen	962	+ 13%	1 101
Beroerte (c.q. de gevolgen)	1 029	+ 57%	1 615
Hartziekten	1 228	+ 66%	2 048
Astma/COPD	594	+ 66%	987
Ziekten van het bewegingsapparaat	396	+ 44%	567
Totaal	4 868		7 381

Bron: Van patiënt tot partner, Nyfer (2005)

Waarom de gezondheidssituatie nu verbeteren?

Voor mij zijn er drie redenen om nu de gezondheidssituatie te verbeteren;

- Gezond gedrag leidt tot meer gezonde levensjaren en daarmee tot meer kwaliteit van leven. Mensen (op alle leeftijden) zijn niet zelden in staat om hun leefstijl te verbeteren en hiermee zelf een belangrijke bijdrage te leveren aan het voorkomen van ziekte of aan het verergeren van ziekte.
- Gezonde burgers dragen bij aan de vitaliteit van de samenleving. Immers ongezondheid leidt tot minder ondernemerschap, minder arbeidsparticipatie, lagere productiviteit, schooluitval en tal van vermijdbare kosten bij gemeenten, politie en justitie. Om die reden valt de stelling¹ te verdedigen dat de zorg – evenals het onderwijs – menselijk talent onderhoudt en «produceert».
- Het is van belang dat iedereen blijft meebetalen aan de kosten van ons zorgstelsel. Solidariteit is en blijft een belangrijke pijler. Vermijdbare kosten door ongezond gedrag kunnen de solidariteit onder druk zetten.

4. Recente adviezen en rapporten

In het kader van gezondheid en preventie zijn recentelijk een aantal belangrijke adviezen uitgebracht die ik betrokken heb bij het op stellen van de visie opgenomen in bijlage 1 en deze brief. De rapporten en adviezen treft u aan in de bijlagen 2 tot en met 5:

- de rapportage van het interdepartementale beleidsonderzoek (IBO) «Gezond gedrag bevorderd»;
- het advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) «Van preventie verzekerd»;
- het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over de publieke gezondheid;
- de visie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) op Volksgezondheid en Preventie.

4.1 IBO rapportage «gezond gedrag bevorderd», juli 2007

Het IBO analyseert de motieven en instrumenten voor overheidsinterventie in de leefstijl van mensen en de rol van de belangrijkste betrokken partijen. Het heeft een leidraad willen bieden voor het bepalen van deze balans. Zij onderscheidt verschillende motieven voor overheidsinterventies in relatie tot de leefstijl van mensen. Het IBO rapport onderscheidt drie motieven voor overheidsingrijpen:

1. externe effecten: dit zijn effecten van ongezond gedrag die neerslaan bij anderen;

¹ Zie ook Bovenberg, L., in ESB, 21 september 2007.

2. informatietekort: de omstandigheid dat mensen onvoldoende informatie hebben om een goede afweging te kunnen maken;
3. normatieve overwegingen: de overheid kan van mening zijn dat het gedrag van mensen niet in hun eigen belang is (paternalisme) dan wel dat zij een bijzondere verantwoordelijkheid heeft voor mensen in achterstandssituaties (solidariteit).

Bij de vraag of ingrijpen door de overheid gerechtvaardigd is, is de maatschappelijke kosten-batenanalyse van groot belang: voor zover mogelijk moeten alle relevante effecten van beleid worden betrokken bij het besluitvormingsproces. Naast gezondheidseffecten en financiële effecten moet ook worden meegewogen dat burgers niet zelden genot ontlenen aan gedrag dat de gezondheid meer of minder ingrijpend kan schaden. Afwegingen daarbij zijn in de regel een zaak van mensen afzonderlijk. Die afwegingen zijn ook legitiem: de overheid moet niet te snel paternalistisch optreden. In een vrije samenleving is er ruimte om zelf risico's in te schatten en de effecten daarvan te dragen. Bovendien geldt dat, indien de overheid al wil interveniëren, er niet alleen een gerechtvaardigd motief moet zijn voor overheidsingrijpen, maar ook een passende mogelijkheid voor overheidsingrijpen: er moeten instrumenten beschikbaar zijn die voldoende (kosten)effectief en proportioneel zijn. Daarnaast is het van belang dat de overheid die instrumenten kiest die zoveel mogelijk de eigen verantwoordelijkheid van mensen en maatschappelijke organisaties honoreren en versterken: subsidiariteit is hierbij het richtsnoer.

Overigens zal preventie en een gezonder leefstijl naast meer jaren in gezondheid niet met zekerheid resulteren in lagere gezondheidsuitgaven. Bij de gezondheidskosten moet niet alleen naar de korte termijn gezondheidswinst worden gekeken. Gezond leven kan op de lange termijn ook tot meer kosten voor de gezondheidszorg leiden. Langjarige modelberekeningen van het RIVM geven aan dat het uitbannen van overgewicht en de toename van de levensverwachting die daar het gevolg van is, tot 2% hogere zorgkosten over de levensloop leidt. Als geen enkele Nederlander meer zou roken, zou volgens dit model over de hele levensloop 6% meer worden uitgegeven aan medische zorg. De relatie is complex, want er zijn ook andere indicaties. Hierboven is al gewezen op gewezen dat preventieve maatregelen ook een gunstige invloed kunnen hebben. Het kabinet wil er geen misverstand over laten bestaan dat het juist de gezondheidswinst is, naast een verbeterde kwaliteit van leven, die als de intrinsieke waarde en baat van preventie moet worden gezien en die het investeren in preventie de moeite waard maakt. Ook op de maatschappelijke baten is al verschillende malen gewezen.

Het kabinet vindt in het IBO-rapport aanknopingspunten voor een beleid met de volgende prioriteiten:

- bescherming van de jeugd tegen de mogelijke aantrekkingskracht van een ongezonde leefstijl; jongeren zijn niet altijd in staat om weloverwogen een eigen keuze te maken;
- het bevorderen van een gezonde omgeving zodat de gezonde keus de gemakkelijkste keus is;
- bescherming van de samenleving tegen de gevolgen van ongezond gedrag, zoals schade die mensen oplopen bij het passief meerroken of de gevolgen die het ongeboren en jonge kind raken als de ouders ongezond leven.

In het IBO rapport wordt geconstateerd dat een probleem bij het formuleren van een optimaal pakket van maatregelen is dat er weinig bekend is van de kosteneffectiviteit van maatregelen. Vaak wordt slechts een beperkt deel van de kosten, opbrengsten en effecten meegenomen bij de evaluatie, is niet bekend wat de maatregelen voor effect hebben op speci-

fieke doelgroepen (zoals groepen met een lage sociaal-economische status (SES), jongeren) en is vaak nader onderzoek nodig om te bepalen onder welke voorwaarden grootschalige invoering van een experiment succesvol zal zijn.

Hieronder worden de beleidsopties uit het IBO rapport gegeven en hoe het kabinet met de beleidsopties uit het IBO rapport omgaat. De kabinetsvoornemens voor maatregelen en nader onderzoek sluiten in grote lijnen aan bij de conclusies en beleidsopties uit het IBO. Hieronder wordt daarom kortheidshalve – naast een korte reactie op de beleidsopties – verwezen naar de maatregelen in hoofdstuk 6 die relevant zijn in het kader van de desbetreffende IBO-beleidsoptie.

- 1. Vergroot de kennis over kosteneffectiviteit. Doe experimenten met interventies die gezond gedrag beogen te bevorderen. Voor zover het interventies in de huisartsenzorg betreft, zou de mogelijkheid hiertoe gecreëerd kunnen worden door gebruik te maken van de bestaande regeling module modernisering en innovatie huisartsen. Richt experimenten eveneens op preventieve activiteiten (die vooral de leefstijl van minderjarigen en mensen met een lage SES ten goede kunnen komen) die in aanmerking kunnen komen voor opname in het verzekerde basispakket.*

Het kabinet onderschrijft de IBO-conclusie dat onze kennis over de kosteneffectiviteit van maatregelen nog te beperkt is en dat goed ingerichte experimenten deze kennis kunnen vergroten. Zo kunnen we beter zicht krijgen op de effectiviteit, gezondheidswinst, kosten, opbrengsten en maatschappelijke neveneffecten van beoogde maatregelen. Daarbij gaat het vooral om de jeugd, lage SES-groepen en allochtonen. Succesvolle preventie kan leiden tot minder ziektelast en lagere zorgkosten. Maar ook in de sfeer van onder meer arbeid, onderwijs, verkeersveiligheid en openbare orde kan investeren in preventie maatschappelijk rendabel zijn. Méér en betere kennis over al deze positieve (kosten)effecten komt een meer gerichte verdeling van de schaarse middelen ten goede; dat leidt tot betere besluitvorming (zie ook hoofdstuk 6 maatregelen en toezeggingen, m.n. par. 6.1.3; 6.3.1 en 6.3.2). Ook gaat het kabinet de mogelijkheid en wenselijkheid van een onderzoeksprotocol om de consistentie en bruikbaarheid van de verkregen onderzoeksresultaten te verbeteren onderzoeken.

- 2. Bevorder samenwerking tussen ministeries. Zorg voor meer samenhang in het preventiebeleid van het Rijk, bijvoorbeeld door de interdepartementale aanpak van de beleidsprioriteiten van de preventienota van het Rijk sterker te benadrukken.*
- 3. Bevorder een omgeving die uitnodigt tot gezond gedrag. Houd in het ruimtelijke ordeningsbeleid en huisvestingsbeleid expliciet rekening met de mogelijkheden voor gezond gedrag (vooral ruimte om te bewegen). Geef hierbij in het bijzonder aandacht aan de mogelijkheden voor mensen met een lage sociale economische status.*

Het IBO rapport wijst op het samenvallen van een ongezonde sociale en fysieke leefomgeving met een lage sociaal economische status. Vanuit de doelstelling om de sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen vindt het kabinet het van groot belang dat de relatie van leefomgeving met gezondheidsbevordering verder wordt ingevuld (zie ook hoofdstuk 6, m.n. par. 6.2, van de maatregelen en toezeggingen). Het kabinet gaat daarbij actief op zoek naar samenwerking tussen de gezondheidssector en andere sectoren¹. Hiertoe zijn reeds initiatieven genomen. Er zijn al een aantal programma's waar gezondheid integraal meegenomen wordt in andere beleidsterreinen, maar waar de

¹ Dit is ook onderdeel van de kabinetsreactie op het advies van de Gezondheidsraad in het kader van de WIA-advisering.

gezondheidssector zelf beter bij moet aansluiten (gezondheid en milieu; jeugd, natuur, voeding en gezondheid). Het kabinet heeft daarbij speciaal oog voor de eerder genoemde parallelle van belangen.

4. *Gebruik prijsmaatregelen en wet- en regelgeving optimaal. Zorg voor een betere handhaving van ge- en verboden: vooral m.b.t. het verbod op alcoholverkoop aan jongeren en de intensiteit van alcoholcontrole in het verkeer. Onderzoek ook de voor- en nadelen van een verbod op snoepautomaten op scholen. Onderzoek de mogelijkheden om productinformatie en gezondheidswaarschuwingen bij voeding te verbeteren en de mogelijkheden voor regulering van reclame- en marketingactiviteiten voor voeding gericht op kinderen. Beëindig regelingen met een bewezen groot deadweight loss en een geringe effectiviteit.*
5. *Overweeg op basis van een onderzoek naar de effecten op de gezondheid van jongeren, een verhoging van accijns op alcohol (bovenop de verhoging die in het Coalitieakkoord is afgesproken). Onderzoek hoe er voor kan worden gezorgd dat het gebruik van alcohol in sportkantines en op sportevenementen wordt verminderd. Onderzoek de mogelijkheden voor een financiële prikkel om mensen tot gezond eten te verleiden. Start hiervoor een onderzoek naar de mogelijkheden om een nader af te bakenen productcategorie onder het hoge BTW-tarief te plaatsen. Betrek bij dit onderzoek ook de (verbruiksbelasting op) niet alcoholische dranken.*

Het kabinet onderstreept het belang van een integrale en samenhangende visie op de aanpak van roken, alcoholmisbruik en overgewicht. Het kabinet neemt een pakket van maatregelen waar prijsmaatregelen en wet- en regelgeving op elkaar ingrijpen en aanvullend zijn op de al bestaande wet- en regelgeving. Daarbij gaat het om verschillende combinaties van accijnsverhoging, rookverbod en versterking van de handhaving (zie verder ook hoofdstuk 6 maatregelen en toezeggingen, par. 6.2 en par. 6.4, met name 6.2.1; 6.2.2; 6.2.5; 6.4.1 en 6.4.2).

De aanpak van overgewicht met prijsmaatregelen en wet- en regelgeving ligt complex. Zoals in het IBO ook wordt geconstateerd is er weinig bekend over de effecten van het hanteren van financiële prikkels om het nuttigen van ongezond voedsel te ontmoedigen. Bovendien is het lastig om ongezonde voeding gericht af te bakenen van gezonde voeding. Zo zijn vet en suiker niet in alle hoeveelheden en in alle producten ongezond. Ook zijn maatregelen niet eenvoudig in te passen in EU-regelgeving.

6. *Gebruik massamediale campagnes alleen in samenhang met andere maatregelen.*

Het kabinet onderkent de noodzaak om massamediale campagnes uitsluitend toe te passen in combinatie met andere interventies en ziet ook in deze aanbeveling redenen om meer samenhang in het beleid aan te brengen.

4.2 CVZ advies «van preventie verzekerd», juli 2007 en reactie op motie-Van der Veen. januari 2007

Hoe preventie meer dan nu kan worden gefinancierd via de Zorgverzekeringswet is de vraag die de Tweede Kamer in een motie-Van der Veen cs.¹ heeft gesteld. Een uitgebreide reactie op de motie is als bijlage 6 bij deze brief gevoegd. Op deze plaats wil ik daar mede tegen het licht van het CVZ rapport «Van preventie verzekerd» enkele belangrijke punten noemen. Het CVZ geeft aan dat individuele preventie tot het domein van de zorgverzekering behoort. Het gaat daarbij zowel om preventieve zorg voor

¹ Tweede Kamer, 2006/07, 30 800 XVI, nr. 74.

mensen bij wie ziekte al is vastgesteld als om zorg voor mensen die nog niet ziek zijn maar een aanwijsbaar verhoogd risico lopen om ziek te worden. Naast de medische indicatie is ook een voorwaarde voor de dekking dat de betreffende preventieve zorg beantwoordt aan de eisen van werkzaamheid, zoals vastgesteld op basis van de stand van de medische wetenschap. Dat is mede de reden dat nog relatief weinig preventieve zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Ook het IBO-rapport wijst erop dat er nog relatief weinig bekend is over de (kosten)effectiviteit van gedragsgerelateerde preventieve interventies. Voor in het pakket verankerde of te verankeren vormen van preventieve zorg zal dus moeten worden bezien hoe die kennisleemte snel kan worden opgevuld, bijvoorbeeld via experimenten.

Het CVZ-rapport maakt toch duidelijk dat het mogelijk is dat via de Zorgverzekeringswet een breder assortiment aan preventieve zorg wordt gefinancierd dan nu het geval is. Aan de hand van de vijf prioriteiten uit de Preventienota van 2006 zal het CVZ vanaf dit jaar een serie vervolgrapportages uitbrengen om aan te geven om welke preventieve zorg het kan gaan. In eerste instantie richt de aandacht zich daarbij op interventies om mensen te laten stoppen met roken en hen meer te laten bewegen. Uiteindelijk is toelating van nieuwe zorgvormen een politieke beslissing. Daarbij spelen budgettaire afwegingen een rol. Ook preventieve zorg kost – zeker in eerste instantie – geld. Voor eventuele nieuwe aanspraken zijn dan ook duidelijke, op hoge risico's gerichte indicatieprotocollen gewenst. Ook dient de wenselijkheid van eigen bijdragen serieus te worden bezien. Ter stimulering van de motivatie wordt in een aantal lopende leefstijlprojecten van de deelnemers een eigen bijdrage gevraagd, die zij terugkrijgen als zij een groot deel van het programma hebben voltooid. Het kabinet vindt het belangrijk dat bij de CVZ-vervolgrapportages nadrukkelijk wordt nagegaan of de opname in het wettelijk verzekerd pakket van de in aanmerking komende nieuwe zorgvormen implicaties heeft voor de vergoeding van geneesmiddelen die niet zelden gerelateerd zijn aan de leefstijl zoals cholesterolgehalte, bloeddruk en maagzuur.

Naast het onder de dekking van de Zorgverzekeringswet brengen van preventieve zorg is een belangrijk aandachtspunt hoe financiële prikkels in ons stelsel uitwerken op preventie. In de overweging van de motie-Van der Veen cs. wordt de preventieparadox als de oorzaak gezien van onvoldoende prikkels die ten gunste van preventie werken. De redenering achter deze paradox is: verzekeraars hebben belang bij het voorkomen van schadelast maar door hun acceptatieplicht en de jaarlijkse overstapmogelijkheid voor verzekerden durven zij niet in preventie te investeren omdat de baten van die investering bij de concurrent terecht kunnen komen. Hoewel deze redenering volstrekt valide is, is ook een zekere relativisering op haar plaats. In bijlage 6 ga ik daar ook uitgebreider op in. Voor zover er van de preventieparadox een remmende werking uitgaat, zou feitelijke opneming van preventie in het wettelijk verzekerd pakket hiertegen een remedie zijn. Veel collectieve contracten kennen nu al een looptijd van drie jaar. Ook het terugbetalen van de een deel van de preventieve kosten is een te bestuderen optie.

De kostenafweging tussen preventie en curatie die verzekeraars maken, valt op dit moment echter nog door een andere oorzaak in het nadeel van preventie uit. De kosten van preventie worden voornamelijk gemaakt in de eerste lijn en verzekeraars dragen daarvoor 100% risico. De kosten van en besparingen op ziekenhuiszorg delen zij echter voor een belangrijk deel met andere verzekeraars. Dat is geen optimale stimulans voor preventie. Het beleid is erop gericht om de risicodragendheid van verzekeraars voor ziekenhuiszorg te vergroten in samenhang met een verdergaande aanpassing van de ziekenhuisbekostiging¹.

¹ Brief over het risicovereveningssysteem 18 januari 2007, Kamerstuk 2006–2007, 29 689, nr. 129, en brief uitbreiding vrije prijzen van 11 juli 2007.

Een andere stimulans voor preventie kan komen via het bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel voor het verplichte eigen risico¹. Daarin is opgenomen dat bij Algemene Maatregel van Bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen dat deze buiten het verplichte eigen risico vallen en onder welke voorwaarden. Daarmee kunnen verzekeraars kortingen geven aan degenen die gebruik maken van voorkeuraanbieders die de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd. Dat zou ook kunnen worden toegepast op preventieve zorg. Als bijvoorbeeld verzekerden deelnemen aan preventieprogramma's waardoor zij gezonder gaan leven en minder ziektekosten hebben (bijvoorbeeld minder gebruik van leefstijlgeneesmiddelen), kan een zorgverzekeraar zijn verzekerden hiervoor belonen door de kosten van het preventieprogramma niet (geheel) onder het verplichte eigen risico te laten vallen. Ik wil dit met relevante partijen nader bespreken maar in verband met de benodigde voorbereiding kan de hiervoor noodzakelijke AMvB in ieder geval niet eerder dan in 2009 worden geactiveerd. Een aandachtspunt is de kans op ongewenste risicoselectie.

Voor een steviger plek van preventie in de reguliere zorgverlening is uiteraard noodzakelijk dat er tarieven zijn voor de preventieve zorg op basis waarvan zorgverleners kunnen declareren. Op dit moment lijkt de NZa-beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie, die 1 januari 2007 van kracht is geworden daarvoor voldoende ruimte te bieden. Die beleidsregel wordt nu al gebruikt voor onder andere geïntegreerde diabeteszorg.

Die geïntegreerde diabeteszorg zie ik als de voorloper van een brede programmatische aanpak van chronische ziekten. Die aanpak is nodig om de groei van deze ziekten af te vlakken en te bevorderen dat potentiële aandoeningen zich zo laat mogelijk in de levensloop voordoen en dat mensen die eenmaal chronisch ziek zijn, minder (snel) complicaties krijgen. Samen met de beroeps- en patiëntenorganisaties willen wij de ontwikkeling van ketenzorg voor chronisch zieken stimuleren. Dat doen we ook door kwaliteit inzichtelijk te maken en onder meer op die manier verzekeraars ruimte en prikkels te bieden om geïntegreerde zorg te stimuleren, waarvan (tertiaire) preventie deel uitmaakt. Een sluitende keten bestaat niet alleen uit goede diagnostiek, behandeling en begeleiding maar ook – anders dan nu – uit zelfmanagement, vroege opsporing preventie en voorlichting op maat. Met zelfmanagement wordt ondermeer bedoeld dat de patiënt een leefstijl kiest die de ziekte zoveel mogelijk voorkomt en/of beheersbaar maakt. Het is aan verzekeraars en zorgaanbieders om dit met multidisciplinaire zorgverlening te ondersteunen. Zorgstandaarden zetten daarvoor de norm. Er is momenteel een zorgstandaard die beschrijft wat goede diabeteszorg is. Op basis van deze standaard kopen zorgverzekeraars bij multidisciplinaire «zorggroepen» al diabeteszorg in. De standaard omvat op dit moment wel preventieve zorg die erop is gericht het leven met diabetes zo dragelijk mogelijk te doen zijn, maar geen preventieve zorg voor mensen bij wie de diabetes nog niet is gediagnosticeerd maar die wel een hoog risico lopen diabetes te krijgen. Die vorm van preventie wordt daarom ook nog niet gecontracteerd. Op basis van onder andere de vervolgrapportages van het CVZ op het rapport «Van preventie verzekerd» zal ik bezien of in die leemte kan worden voorzien.

Indachtig het CVZ rapport en mijn reactie op de motie-Van der Veen cs. zal het kabinet in de begroting 2008 middelen reserveren voor een pilot stimuleren van «Bewegen op recept» en een proefimplementatie «Versterken ondersteuning bij stoppen met roken». Daarmee worden projecten gefinancierd die de informatie moeten opleveren op basis waarvan het CVZ en in tweede instantie het kabinet kan beoordelen of

¹ Het wetsvoorstel voor het verplichte eigen risico is op 3 juli 2007 naar de Tweede Kamer gestuurd.

deze preventieve interventies in aanmerking komen om opgenomen te worden in het basisverzekeringspakket. Het kabinet streeft ernaar om in 2009 hiertoe al de eerste stappen te zetten, met inachtneming van de beschikbare financiële ruimte en de kanttekeningen die hierboven zijn gemaakt over duidelijke indicatieprotocollen, het zo nodig toepassen van eigen bijdragen etc. Hierbij wordt een trendbreuk niet alleen beleden, maar concreet in daden omgezet. Preventie en curatie worden meer met elkaar verbonden.

Al eerder is gewezen op het belang van de arbeidsomgeving op de gezondheid. Arbeid heeft positieve aspecten voor burgers. Zowel direct door activering, structurering en zingeving als indirect door interventieprogramma's en gezondheidsbevordering via de werkplek is gezondheidswinst te behalen.

Daarnaast heeft het voorkomen van uitval en het snel re-integreren van werknemers na ziekte of uitval een positief effect op gezondheid en is in belang van werknemer en werkgever. In termen van wet- en regelgeving sluiten de stelsels van sociale zekerheid en zorg goed op elkaar aan en is er een min of meer sluitende keten van verzuimpreventie en re-integratie ontstaan. Het is nu aan de verantwoordelijke veldpartijen om het beleid te vertalen naar bedrijfsniveau. Hier ligt ook een verantwoordelijkheid én een belang voor verzekeraars, werkgevers en werknemers. De overheid monitort de ontwikkeling, bewaakt de belangen van kwetsbare groepen en verschaft informatie via het Arbo-portaal, een digitaal informatieloket over arbeidsomstandigheden, preventie, verzuim en re-integratie. Een betere verbinding tussen de bedrijfsgeneeskundige zorg en de eerste lijn zal ook hier een positief effect hebben op zowel gezondheid als het voorkomen van uitval uit arbeid en verminderde arbeidsproductiviteit. Het kabinet is van mening dat verzuimverzekeringen en zorgverzekeringen krachtiger met elkaar verbonden moeten worden en zet het overleg met verzekeraars hoe de huidige aanzetten daartoe verder versterkt kunnen worden voort. Daarnaast roept het kabinet werknemers en werkgevers op om het arbeidsomstandighedenbeleid vast te leggen in een arbo-catalogus. De overheid stimuleert dat werkgevers en werknemers die verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk kunnen nemen.

4.3 RVZ standpunt over publieke gezondheid, oktober 2006

Op 22 januari 2007 heeft mijn ambtsvoorganger aan uw kamer het kabinetsstandpunt toegezonden op het RVZ advies over de publieke gezondheid. De RVZ geeft aan dat de afgelopen jaren dat volksgezondheid vooral het probleem van VWS is geweest. De Raad stelt dat belangen van andere partijen dan die in de zorg verbonden kunnen worden aan gezondheidsproblemen. De overheid zou daartoe nieuwe structuren voor samenwerking moeten opzetten, waarbij vanuit een gezamenlijke visie op het gezondheidsprobleem ieder actief bijdraagt aan een gezamenlijke oplossing. De overheid kan die betrokkenheid beïnvloeden met financiële prikkels of verbodsbepalingen. De Raad adviseert verder de integrale aanpak te bevorderen. Daartoe moet de overheid meer dan voorheen een aantal randvoorwaarden scheppen: het verbeteren van de bestaande kennisinfrastructuur, het stimuleren van regionale informatievoorziening en het (laten) uitvoeren van kosteneffectiviteitanalyses. De Raad beveelt partijen in het werkveld publieke gezondheid aan meer aandacht te hebben voor noodzakelijke nieuwe vaardigheden van professionals en het investeren uit algemene middelen in de noodzakelijke randvoorwaarden. Partijen die profiteren van de aldus verkregen (gezondheids)winst zouden moeten bijdragen in de kosten. De Raad ziet meer mogelijkheden voor preventie bij zorgverzekeraars. Hij doet een aantal concrete voorstellen om zorgverzekeraars te prikkelen zich actiever op te stellen op dit terrein.

Deze adviezen sluiten aan bij het IBO rapport en het CVZ rapport. Ik onderschrijf met mijn ambtvoorganger voor een belangrijk deel de analyse en aanbevelingen van de RVZ. Op 6 oktober 2006 heeft het kabinet de vierjaarlijkse landelijke Preventienota Kiezen voor gezond leven uitgebracht¹. In die nota zijn de rijksprioriteiten op het terrein van volksgezondheid benoemd voor de jaren 2007–2010 en is per speerpunt aangegeven op welke wijze deze worden aangepakt. Bij de opstelling van die nota en de keuze van de speerpunten is het veld nauw betrokken geweest, waarbij ook de mogelijke rol van partijen bij de aanpak aan de orde kwam. Bij een aantal speerpunten was al sprake van een gezamenlijke aanpak: het Nationaal Programma Tabaksontmoediging en het Convenant overgewicht. Bij de keuze van de speerpunten is gebruik gemaakt van kosteneffectiviteitsanalyses.

De adviezen van de RVZ heb ik verder verwerkt in de kadervisie op gezondheid en preventie in bijlage 1 en in deze brief met name de aspecten:

- het opzetten van nieuwe structuren voor samenwerking waarbij vanuit een gezamenlijke visie op het gezondheidsprobleem ieder actief bijdraagt aan een gezamenlijke oplossing;
- betrokkenheid beïnvloeden met financiële prikkels of verbodsbepalingen;
- kiezen voor een integrale aanpak;
- een aantal randvoorwaarden scheppen zoals kennisinfrastructuur, (regionale) informatievoorziening en kosteneffectiviteitsstudies.

4.4 KNMG preventievisie, juni 2007

De grenzen tussen ziekte en gezondheid worden steeds minder scherp. Zo ziet de curatieve zorg zich door de toename van chronische patiënten steeds meer geconfronteerd met de gevolgen van een tekortschietend preventiebeleid. Naast het verbinden van gedrag en omgeving, zijn er nog twee terreinen die om een verbinding vragen. Het gaat om de openbare gezondheidszorg en de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, die traditioneel belast is met preventietaken, en de curatieve zorg. De eerste lijn van de curatieve zorg is bij uitstek geschikt voor het maken van de verbinding met de openbare gezondheidszorg. Huisartsen zien binnen één jaar het grootste deel van hun patiënten minimaal één keer. Maar ook het verwijzen en behandelen van de bedrijfsarts in samenwerking met de eerste lijn verlengt de keten van de burger/patiënt/werknemer met zijn omgeving (familie, werkgever en verzekeraar. Het kabinet onderschrijft ook de notie in het recente rapport van de KNMG (zie bijlage 5) dat artsen bij preventie en gedragsverandering een belangrijke motiverende en overtuigende rol kunnen spelen. De KNMG constateert dat deze rol, afgezet tegen de genoemde gezondheidsbedreigingen, nog onvoldoende uit de verf komt. Dat inzicht wordt ook gedeeld door een brede groep zorgverleners in de eerste lijn, getuige het in juli 2007 opgerichte «partnership huisartsenzorg in beweging». De partners zijn hierbij van mening dat de huisarts een cruciale rol heeft in het bevorderen van een gezonde leefstijl, ziektepreventie en bewegen.

Voor het opstellen van de visie op gezondheid en preventie heb ik dankbaar gebruik gemaakt van het rapport van de KNMG.

5. Visie op gezondheid en preventie

Op basis van voornoemde adviezen en rapporten, de VTV 2006 van het RIVM, en op basis van de vele gesprekken met het veld is de conclusie van het kabinet dat het huidige beleid ten aanzien van gezondheid en preventie en de uitvoering daarvan te vrijblijvend en te versnipperd is. Bovendien levert het niet genoeg gezondheidswinst op. Het kabinet wil

¹ Nota kiezen voor gezond leven;
[www.minvws.nl/kamerstukken/pg/2006/
preventienota-kiezen-voor-gezond-leven.asp](http://www.minvws.nl/kamerstukken/pg/2006/preventienota-kiezen-voor-gezond-leven.asp)

daarom meer samenhang creëren tussen de verschillende beleidslijnen die elkaar onderling moeten gaan versterken. Daartoe is het beleidskader voor het kabinetsbeleid in deze vastgelegd in bijlage 1 bij deze brief. Deze vier beleidslijnen zijn:

1. *Koesteren en innoveren.* Het bestaande beleid t.a.v. gezondheidsbescherming en ziektepreventie continueren. Het versterken van de infectieziektepreventie en nieuw beleid ontwikkelen t.a.v. de voorspelende geneeskunde.
2. *Samenhangend en integraal gezondheidsbeleid.* Het creëren van meer gezonde omgevingen zoals op de school, het werk, sportkantines en buurten en wijken, waarbij ook aangesloten zal worden bij het «kracht-wijken» beleid van WWI. Het bevorderen van gezond gedrag op de thema's roken, alcohol, overgewicht, diabetes en depressie. Vooral voor deze beleidslijn is het van belang creatieve netwerken te vormen met en tussen tal van maatschappelijke instituties en het bedrijfsleven. Het gaat hierbij om het benoemen en uitwerken van wederzijdse belangen. Bijvoorbeeld op lokaal niveau de belangen van de gemeente en de huisartsen als het gaat om beweegprogramma's, tussen scholen en centra voor Jeugd en Gezin over preventieprogramma's, tussen GGD'en en mondhygiënisten als het gaat om jeugd tandzorg. Maar ook de scholen zelf hebben een belang bij gezonde leerlingen. Gezondere leerlingen hebben betere schoolprestaties en een gezondere leefstijl leidt tot minder schoolverzuim. Een gezondere leefstijl (bijvoorbeeld minder verslavingen) leidt ook tot minder inzet van justitie en politie. Op landelijk niveau denk ik aan de maatschappelijke opgave van bedrijfssectoren (zoals de dreiging van reputatieschade in alcohol-industrie) en VWS om het alcoholgebruik bij de jeugd terug te dringen. Ik wil dus integraal gezondheidsbeleid realiseren door de gerechtvaardigde belangen van andere sectoren en bedrijven als aangrijpingspunt voor een gezamenlijke agenda te gebruiken. Op basis van deze benadering zal ik mijn beleid verder uitwerken.
3. *Verbinden van preventie en zorg.* Zorgaanbieders willen een belangrijke rol vervullen in het voorkomen of verergeren van ziekten. Het CVZ advies om preventie op te nemen in de basisverzekering levert een belangrijke bouwsteen voor verdere politieke discussie. Tevens dient een sterkere verbinding tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de eerstelijnszorg een bijdrage te leveren aan minder arbeidsverzuim. Het verbinden van preventie en zorg richt zich op de primaire, secundaire en tertiaire vormen van preventie.
4. *Bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en vernieuwen.* Gemeente en GGD zullen zichtbaarder moeten worden als belangrijke partner op het terrein van gezondheid en preventie. Op lokaal niveau zullen zij verbindingen moeten leggen tussen o.a. de eerstelijnszorg, zorginstellingen, scholen, jeugdzorg en het bedrijfsleven. Op deze wijze zijn zij in staat om een samenhangend gemeentelijk beleid gericht op gezondheid en preventie te realiseren.

Voor de uitwerking van deze vier thema's staan de volgende principes centraal.

- *Parallellie van belangen:* de overheid ziet gezondheid als maatschappelijke kernwaarde, maar vooral ook als gerechtvaardigd belang in relatie tot andere gerechtvaardigde belangen. Actief op zoek gaan naar waar die belangen elkaar versterken of waar gezondheid ten dienste kan zijn aan andere belangen levert belangrijke synergie.
- *Effectiviteit als norm:* preventieve interventies die niet werken stoppen, veelbelovende interventies onderzoeken op (kosten)effectiviteit. Bewezen (kosten)effectieve interventies dienen in principe in het verzekerd pakket, de AWBZ of daartoe relevante rijksregelingen opgenomen te worden, afhankelijk van budgettaire afwegingen.

- *De gezonde keus de makkelijke of de enige keus:* de omgeving van mensen zodanig inrichten en de producten op een manier aanbieden dat mensen «automatisch» kiezen voor gezondheid. Het kan hierbij gaan om de trap uitnodigender te positioneren dan de lift, de gezonde producten op ooghoogte in het schap van de winkel te plaatsen en gezond eten aan te bieden in kantines van scholen en bedrijven.
- *Innovatief communiceren:* beter gebruik maken van oude en nieuwe media en marketingstrategieën en gezondheidsboodschappen uit verschillende omgevingen die op elkaar aansluiten.
- *Leren van het buitenland en andere sectoren:* niet alles zelf uitvinden, successen delen en toepasbaar maken voor het behalen van gezondheidswinst.
- *Belang jeugd voorop in preventie:* in het preventiebeleid specifieke aandacht geven aan maatregelen die ten goede komen aan de jeugd. Jong geleerd is immers oud gedaan. De leefstijl die iemand hanteert wordt in belangrijke mate bepaald door de opvoeding.

Het kabinet roept al haar partners in preventie met parallelle belangen – binnen en vooral ook buiten de gezondheidssector – op om bij te dragen en mee te werken aan het realiseren van deze agenda voor verandering en versterking van ons preventiebeleid

6. Concrete maatregelen en toezeggingen beleid gezondheid en preventie

Op basis van bovenstaande en de budgettaire mogelijkheden voor 2008 heeft het kabinet al tot een aantal concrete maatregelen besloten. Uiteraard wordt voortgebouwd op eerder ingezet beleid door de regering in voorgaande jaren. In de Rijksbegroting 2008 is dat budgettair verwerkt. In het onderstaande som ik alleen de belangrijkste beleidswijzigingen op ten opzichte van voorgaande jaren.

Daarnaast zegt het kabinet u toe op een aantal (deel)terreinen nog met aanvullend beleid te komen, dat past in het kader van de beleidsvisie. Deze staan gerubriceerd onder geagendeerde toezeggingen. Zowel de maatregelen als de geagendeerde toezeggingen som ik op langs de lijnen die ik in het beleidskader in bijlage 1 uiteengezet heb. Dit beleidskader is richtinggevend voor het beleid in deze kabinetperiode op het terrein van gezondheid en preventie.

6.1 De beleidslijn: koesteren en innoveren

Te nemen maatregelen in 2008:

1. De ministerraad is inmiddels akkoord gegaan met de eerste tranche van het opstellen van de Wet publieke gezondheid. De nieuwe wet maakt het mogelijk om sneller in te grijpen bij dreigingen van bijvoorbeeld Sars of vogelgriep. De Wet publieke gezondheid regelt onder andere dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel op te kunnen sporen en te bestrijden. Ook krijgt de minister van VWS meer bevoegdheden om bij landelijke infectieziektecrises de regie te voeren. De wet publieke gezondheid vervangt de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Na advies van de Raad van State willen wij deze wet zo mogelijk rond de komende jaarwisseling 2007/2008 als wetsontwerp aan uw kamer sturen.

Geagendeerde toezeggingen:

2. Ik heb de Gezondheidsraad en de RVZ gevraagd mij te adviseren over mijn toekomstig beleid ten aanzien van de voorspellende geneeskunde, zoals screenings en testen. Na ontvangst van deze advisering zal ik u in loop van 2008 nader informeren over mijn beleid hierover.

3. Onderzoek naar en ontwikkeling van preventieve interventies heeft al het nodige opgeleverd. Het ligt voor de hand om nu voorrang te geven aan het invoeren van de beschikbare effectieve preventieve interventies met de hoogste maatschappelijke opbrengsten (gezondheidswinst en andere positieve maatschappelijke effecten). Dat doe ik met de hieronder genoemde beleidsvoornemens. Daarnaast beweegt ZonMw zich nu ook op het terrein van proefimplementaties van effectief gebleken interventies. Dat zal aanvullende kennis over rendabele investeringen in preventie opleveren. Bij de onderzoeksprogrammering in de komende jaren wil ik ZonMw vragen het accent te leggen bij een programmalijn die wordt ontwikkeld waarin de kosteneffectiviteit in de brede zin van het woord in aansluiting op de preventievisie een stevigere basis krijgt.

6.2 De beleidslijn: Samenhangend en integraal gezondheidsbeleid

Te nemen maatregelen in 2008:

1. Het kabinet heeft besloten via de Mediawet tot een verbod op reclame voor alcohol op de publieke en commerciële Nederlandse omroepen van 06.00 tot 21.00 uur. Met buitenlandse commerciële omroepen die zich op Nederland richten zal in overleg getreden worden om te dit beleid te volgen en daarmee een belangrijk signaal af te geven naar de doelgroep jeugd.
2. Per 1 juli 2008 wordt een algemeen rookverbod in de horeca van kracht. Op 31 juli 2007 heb ik op basis van artikel 12 van de Tabakswet de Kamer twee ontwerpen voor een algemene maatregel van bestuur toegezonden, te weten het Besluit nadere uitvoering Tabakswet en het Besluit tot intrekking of wijziging van een aantal algemene maatregelen van bestuur op het terrein van de tabakswetgeving.
3. De staatssecretaris van VWS en de bewindslieden van OCW stellen vanaf 2008 extra geld beschikbaar voor meer samenhang tussen brede scholen, sport en cultuur. Hiermee wil zij professionals inzetten die het beleid op deze terreinen op elkaar afstemmen en intensiveren. Het kabinet wil hiermee het aantal brede scholen met sport- en cultuur-aanbod uitbreiden, sportverenigingen inzetten voor onderwijs, naschoolse opvang en de wijk, een dagelijks sport- en beweegaanbod op en rond scholen, en daarnaast ook jongeren tot 18 jaar vertrouwd maken met kunst en cultuur. Daartoe wil het kabinet 2500 combinatiefuncties tussen (brede) scholen, sportverenigingen en culturele instellingen faciliteren. De impuls is in eerste instantie bedoeld voor de steden uit het Grotestedenbeleid (G-31). Hier horen ook de gemeenten met de veertig krachtwijken bij. In de jaren na 2008 kunnen meer gemeenten aanspraak maken op het budget. Als voorbeeld dient o.a. de recente succesvolle aanpak «Lekker Fit» in de gemeente Rotterdam¹.
4. Accijnzen voor alcohol en tabak zijn in het belastingplan 2008 opgenomen. De kamer is bij het aanbieden van de begroting op Prinsjesdag over de hoogte van de accijnzen geïnformeerd.

Geagendeerde toezeggingen:

5. De staatssecretaris van VWS zal najaar 2007 uw Kamer een beleidsbrief over Sport zenden, waarin o.a. zal worden ingegaan op een verdere intensivering van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen.
6. Op dit moment bereid ik, o.a. in overleg met de minister van Jeugd en Gezin en de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties een hoofdlijnenbrief alcoholbeleid voor. We zullen deze vóór de begrotingsbehandeling van VWS aan U sturen. In ieder geval is het ons voornemen de capaciteit bij de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) in 2008 voor enkele jaren uit te breiden om het toezicht op de naleving van de leeftijdsgrenzen uit de Drank- en Horecawet te verscherpen, in

¹ Rotterdam heeft met het programma «Lekker Fit» een goede integrale aanpak ontwikkeld op het gebied van overgewicht. Het programma combineert een aantal succesvolle factoren: meer bewegingsonderwijs, betere voeding, combinaties hiertussen, doorgeleiding naar de sportvereniging, bereikbaarheid van de sportvereniging, oudervoorlichting, speciale aandacht aan de inactieve leerling (overgewicht is hierbij voor scholen een belangrijk selectie criterium). Het project «Maatwerk op school» (verlengde schoolweek) is een ander veelbelovend initiatief van de gemeente Rotterdam. Los van de onderwijsdoelstellingen die worden bereikt met een verlengde schoolweek is het goed dat de extra leertijd (mede) wordt benut voor meer bewegen op en via de school. Lekker Fit is hier een onderdeel van. De impuls van VWS en OCW kan hieraan bijdragen.

- afwachting van een wijziging van die wet waarin gemeenten als toezichthouders worden aangewezen.
7. Eind dit jaar zal ik een voedingsnota uitbrengen waarin wordt ingegaan op het Nederlandse voedingspatroon en de acties die worden ingezet om dit te verbeteren (minder zout, voorkomen van allergieën, etc). Deze inhoudelijke nota biedt input voor het beter richten van onder andere voorlichtings- en innovatieactiviteiten op het gebied van gezonde voeding.
 8. Ik ben voornemens voor het voorjaar 2008 een beleidsbrief aan de Tweede Kamer te sturen over overgewicht, waarin de bredere samenhang wordt geschetst tussen de activiteiten op het gebied van voeding en beweging, de verbinding van preventie en zorg en de samenwerking tussen de bestuurlijke partners. Voeding (incl. allergieën) enerzijds en overgewicht anderzijds zijn onderwerpen die veel met elkaar te maken hebben maar ook onderscheiden thema's behandelen. Ik zal deze nota's achtereenvolgens publiceren maar in beide nota's het verband aangeven naar de andere.
 9. Ik ga, in overleg onder meer met het bedrijfsleven, verkennen of het effectief en zinvol is om via prijsmaatregelen een gezonde leefstijl te bevorderen. Er is weinig bekend of het zinvol is om met accijnsverhogingen te werken en ongezond voedsel duurder te maken.
 10. In overleg met mijn collegae en de partijen in het onderwijsveld ga ik de samenhang tussen gezondheid en schoolprestaties verder onderzoeken en bekijken of er gezamenlijke projecten mogelijk zijn. Dit sluit goed aan bij de plannen die de staatssecretaris van VWS en de bewindslieden van OCW die gelden beschikbaar stellen vanaf 2008 voor meer samenhang tussen brede scholen, sport, bewegen en cultuur en ter voorkoming van schooluitval.
 11. Met de komst van een programmaminister voor Jeugd en Gezin onderstreept het kabinet het belang van een samenhangend beleid voor de jeugd. Vanuit deze benadering zal het kabinet met een aanvullende nota komen met speciale focus op de Jeugd en zijn omgeving.
 12. Ik zal vanuit de benadering – zoeken naar wederzijdse belangen – de komende maanden bezien waar er kansen liggen om andere sectoren voor gezondheid en preventie te winnen. De uitwerking kan verschillende vormen krijgen, zoals gezamenlijke projecten, schriftelijke afspraken of een convenant. Voor overgewicht is er al een convenant waarin verschillende partijen elkaar gevonden hebben en activiteiten afstemmen en ondernemen, naast de agenderingstaak. Per onderdeel en sector zal die samenwerking vooral in de hierboven aangekondigde beleidsbrieven verder aangegeven worden, Deze kaderbrief en met name bijlage 1 zijn uitgangspunt voor het overleg met betrokken partijen.

6.3 De beleidslijn: Verbinden van preventie en zorg

Te nemen maatregelen in 2008:

1. In 2008 wordt gestart met een pilot op het terrein van bewegen op recept en zal verder gegaan worden met de proefimplementatie versterking van ondersteuning bij stoppen met roken. Daarmee geef ik invulling aan het adagium van nazorg naar voorzorg. In de begroting 2008 heb ik daar middelen voor gereserveerd.
2. De leeftijdsgrens voor de grieprik gaat vanaf najaar 2008 omlaag van 65 naar 60 jaar. In de begroting 2008 zal daartoe het benodigde budget opgenomen worden. Daarmee neem ik een aanbeveling over van de Gezondheidsraad, die in maart 2007 adviseerde om de doelgroep van het nationale griepprogramma te verruimen. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat griep ook bij gezonde mensen op jongere leeftijd – met name tussen 60 en 65 jaar – kan leiden tot meer huisartsenbezoeken,

ziekenhuisopnames en sterfte. De Tweede Kamer heb ik daarover per brief van 10 juli jl. geïnformeerd.

- Ik creëer met het reeds ingediende wetsvoorstel voor het verplichte eigen risico¹ de mogelijkheid om de preventieparadox af te zwakken. In het wetsvoorstel is de mogelijkheid voorzien om bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) vormen van zorg of overige diensten aan te wijzen waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen dat deze buiten het verplichte eigen risico vallen. Daarmee kan een verzekeraar kortingen geven aan degenen die gebruik maken van voorkeuraanbieders die de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd waaronder preventieve zorg. De zorgverzekeraar kan zijn verzekerden belonen door de kosten van een preventieprogramma niet (geheel) onder het verplichte eigen risico te laten vallen. Een aandachtspunt is de kans op ongewenste risicoselectie. Ik wil met relevante partijen nader overleggen. Vanwege de noodzakelijke voorbereidingstijd zal de AMvB in ieder geval niet eerder dan in 2009 kunnen worden geactiveerd.

Geagendeerde toezeggingen:

- Ik wil meer preventie in het basispakket opnemen. Aan de hand van de vervolgrapportages van het CVZ van de ervaringen met de pilots bewegen op recept en stoppen met roken, zal ik de kamer in het kader van de besluitvorming rond de begroting 2009 informeren of en onder welke voorwaarde meer preventieve zorg onder de dekking van de zorgverzekering kan worden gebracht. Naast de budgettaire mogelijkheden acht ik het van belang dat er heldere indicatieprotocollen zijn en dat preventieve interventies kosteneffectief zijn.
- De Gezondheidsraad (GR) bereidt voor het einde van 2007 een advies aan mij voor over de noodzaak om te starten met vaccinatie tegen het humaan papillomavirus (HPV). Van groot belang daarbij is het gedegen wetenschappelijk oordeel over de verwachte effectiviteit, de te vaccineren doelgroep, samenhang met het screeningsprogramma baarmoederhalskanker en de kosteneffectiviteit. De GR zal op basis van de stand van de wetenschap zijn advies uitbrengen. Het College van Zorgverzekeringen heeft mij medio 2007 geadviseerd het vaccin niet op te nemen in het basispakket en eveneens het advies van de Gezondheidsraad af te wachten. Ik zal mijn standpunt voor medio 2008 bepalen.
- Ik bereid een beleidsbrief voor over de aanpak van chronische ziekten die ik in overleg met veldpartijen aan het opstellen ben. In die brief zal ik ingaan op het ombuigen van de huidige trend van meer en meer chronische ziekten door een brede programmatische aanpak. De aanpak voorziet ondermeer in een zoveel mogelijk sluitende keten van preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement. In die beleidsbrief zullen ondermeer de positie van de patiënt, multifunctionele samenwerking op basis van ketenzorg en diseasemanagement, zorgstandaarden, het inzichtelijk maken van kwaliteit(sverschillen) en de dynamiek van zorgsysteem en verzekeraars aan de orde komen. Ik bouw daarbij verder voort op het eerder door mijn voorgangers uitgezette beleid en de inmiddels opgedane ervaringen met diabeteszorg. Ik streef naar een programmatische aanpak zoals gezegd voor het realiseren van integrale zorg waarin preventie en zelfmanagement met de zorgverlening worden verbonden. Of zoals M. Porter² het verwoordt: *«We need patient-focused practice groups that bring together all the professionals and delivery systems to treat an individual's medical condition, not the discreet medical incidents that result from that condition. It's not that physicians will no longer specialize; it's that they will no longer practice in specialty silos divorced or only marginally connected to all the other people providing that particular patient's short- and long-term care»*. Ik wil dit beleid met partijen in het veld afstemmen en streef er naar u de brief uiterlijk in het voorjaar 2008 te sturen.

¹ Het wetsvoorstel voor het verplichte eigen risico is op 3 juli 2007 naar de Tweede Kamer gestuurd.

² M. Porter;

www.worldhealthcareblog.org/2007/04/22/michael-porter-on-health-care-reform/

6.4 De beleidslijn: Bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en vernieuwen

Te nemen maatregelen in 2008:

1. VWS en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties starten in 2008 in ca tien gemeenten met pilots gemeentelijk toezicht Drank- en Horecawet, vooruitlopend op de hiervoor genoemde wetswijziging. Binnenkort zal ik gemeenten uitnodigen in te schrijven op deelname aan de pilot.
2. Samen met de ministers voor Jeugd en Gezin en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties kom ik in de hoofdlijnenbrief alcoholbeleid met een voorstel tot wijziging van de Drank- en Horecawet. Daarin wil ik onder meer gemeenten aanwijzen als toezichthouder. Nadere besluitvorming zal plaatsvinden over de vraag aan wie de opbrengsten van de bestuurlijke boeten ten goede komen.
3. De centravorming bij het RIVM (o.a. Centra voor Gezond Leven, voor Bevolkingsonderzoek, voor Jeugdgezondheid) zal worden afgerond.

Geagendeerde toezeggingen:

4. Ik werk verder aan de afronding van een robuustere infrastructuur voor van de publieke gezondheidszorg. Het gaat hierbij onder andere om het realiseren van de gebiedscongruentie tussen veiligheidsregio's en de 25 GGD regio's. Dit is ook al door het kabinet besloten, vastgelegd, en door de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties via het voorstel «Wet op de Veiligheidsregio's» op 30 juli 2007 aan Uw kamer toegezonden. Ik zal hierop aansluitend een goede intermediaire verbinding vormgeven voor de publieke gezondheidszorg. Dat is dan de intermediaire structuur tussen de 25 GGD regio's en het Rijk, in casus VWS en het agentschap van VWS: het RIVM. In de kringen van de betrokken koepels zoals GGD Nederland is ondersteuning voor deze uitgangspunten. Ik ben voornemens deze beleidslijn in de tweede helft van deze kabinetsperiode in de tweede tranche van de wet Publieke Gezondheid vast te leggen.

7. Tot slot

Bij het opstellen van de kadervisie zijn veel partijen gehoord en hebben hun bijdrage geleverd. Ik heb gebruik gemaakt van de in deze brief genoemde adviezen, rapporten en gesprekken. In deze brief heb ik tevens een korte reactie gegeven op de vier rapporten zoals genoemd in hoofdstuk 4 van deze brief en opgenomen in bijlagen 2 tot en met 5. In bijlage 6 wordt uitvoerig stilgestaan bij mijn reactie op de motie-Van der Veen cs. van januari 2007.

De beleidsvisie die U aantreft in bijlage 1 ziet het kabinet als beleidskader voor de agenda op het terrein van gezondheid en preventie. Ik hanteer daarbij vier beleidslijnen, namelijk

- koesteren en innoveren,
- een samenhangend en integraal gezondheidsbeleid,
- het verbinden van preventie en zorg
- en in de bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en vernieuwen.

Duidelijk merkbaar is dat het denken over gezondheid en preventie in een nieuwe fase is gekomen maar ook een nieuw elan krijgt. Preventie is niet het alleen recht van de gezondheidszorg en de publieke gezondheid. De parallelle van belangen maakt het noodzakelijk andere partijen te betrekken bij het vorm en inhoud geven aan preventie. Of dat nu een gemeente is die concreet aan de slag gaat op terrein van overgewicht bij kinderen, een bedrijf dat werk maakt van een actief preventieprogramma of een huisarts die een beweegprogramma start in zijn wijk, ze delen

gezamenlijk het belang van gezondheid en preventie. Ik wil voorzover dat al niet reeds gebeurt actief partijen die het aangaat benaderen en hen uitnodigen de preventievisie samen meer vorm en inhoud te geven.

Een aantal concrete maatregelen voor 2008 van het kabinet heb ik opgesomd onder punt 6 van deze brief. Het kabinet onderkent dat de aanpak en het verbeteren van gezondheid en preventie een complex vraagstuk is, dat om een langjarige aanpak vraagt. De visie in bijlage 1 is de kapstok voor de lijnen waarlangs de minister voor Jeugd en Gezin, de staatsecretaris van VWS en ik dat in de kabinetsperiode verder gaan uitwerken. Dit heeft ons niet weerhouden concrete maatregelen te benoemen die per 2008 ingaan respectievelijk die wij de komende maanden en in 2008 aan u zullen voorleggen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink