



NATIONALE
RAAD VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID

Een onderzoek in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezond-
heid

**NAAR EEN STERKERE EERSTELIJN?
DEEL 1: HET OVERHEIDSBELEID**

NIVEL

mei, 1987



bibliotheek
driehangpad 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - telefoon: 030-319946

vormgeving: Mieke Cornelius

typewerk: Marina van Geelkerken-Van Wijk

José Sanders

Ellen Termaat

1. INLEIDING	1
2. VRAAGSTELLING EN METHODE	3
2.1. Vraagstelling	3
2.2. Methode	4
2.3. Toelichting begrippen	5
2.4. Wetenschappelijk onderzoek	6
3. REGIONALISATIE	8
3.1. Inleiding	8
3.2. Planning van eerstelijnsvoorzieningen op decentraal niveau	12
3.3. Regionalisatie	17
4. ECHELONNERING EN VERSTERKING VAN DE EERSTE LIJN	25
4.1. Inleiding	25
4.2. Echelonnering	25
4.3. Versterking eerstelijnsgezondheidszorg	33
4.3.1. Versterking ELGZ door subsidies	33
4.3.2. Samenwerking	39
4.3.3. Huisarts	54
4.3.4. Kruiswerk	65
4.3.5. Gezinsverzorging	74
4.3.6. Algemeen Maatschappelijk Werk	82
5. SAMENVATTING EN DISCUSSIE	86
LITERATUUR	89
NOTEN	93

1. INLEIDING

In dit rapport wordt ingegaan op de overheidsmaatregelen die getroffen zijn om tot herstructurering en versterking van de eerste lijn te komen. De mate waarin deze maatregelen geëffectueerd zijn en vooral de resultaten daarvan zijn object van onderzoek. Het onderzoek, dat in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is uitgevoerd, kan getypeerd worden als een kwantitatieve analyse van effecten van beleidsmaatregelen.

Dit onderzoek is het eerste van drie studies naar versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Onderhavige studie gaat over het Nederlandse overheidsbeleid, het tweede onderzoek zal ingaan op de manier waarop vergelijkbare problemen in het buitenland zijn aangepakt en de derde studie inventariseert de initiatieven die het veld zelf genomen heeft om de eerste lijn te versterken. Deze drie onderdelen zullen in een eindrapport samengevoegd worden.

Uitgangspunt van dit onderzoek is de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974. In deze nota worden de grote lijnen aangegeven voor een betere structurering van de gezondheidszorg mede met het oog op de noodzaak van kostenbeheersing.

Twee belangrijke uitgangspunten in de nota zijn de regionalisering en de echelonnering. Met regionalisering wordt decentralisatie van de gezondheidszorg beoogd, dat wil zeggen planning en besturing van de gezondheidszorg in beperkte geografische gebieden. Binnen deze gebieden zou een samenhangend, onderling goed afgestemd stelsel van voorzieningen moeten functioneren. Ook moeten de gebieden samenvallen met toekomstige gewesten en voor alle voorzieningen gelijk zijn in verband met de onderlinge verwevenheid en substitueerbaarheid van voorzieningen.

Door echelonnering moet de gezondheidszorg voor alle betrokkenen meer geordend en overzichtelijker worden. Voorzieningen die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen (en die voorheen gescheiden en onafhankelijk van elkaar functioneerden) moeten in gemeenschappelijke organisatorische kaders worden geïntegreerd. Populair gezegd komt dit neer op een duidelijker scheiding tussen eerste lijn en tweede lijn en op meer samenhang binnen elke 'lijn'.

Er moet naar gestreefd worden dat patiënten zoveel mogelijk in de eerste lijn geholpen kunnen worden en zoveel mogelijk moet voorkómen

worden dat patiënten in hogere echelons terechtkomen (de bekende verschuiving van intra- naar extramurale zorg). Er moet in beginsel maar één toegangsmogelijkheid voor de gezondheidszorg zijn, namelijk de huisarts.

Deze laatste twee uitgangspunten impliceren een drastische versterking van de eerste lijn die in vervolgnota's steeds meer benadrukt gaat worden.

Met deze hoofdlijnen uit de Structuurnota is ook in grote lijnen de opbouw van dit rapport gegeven. Na een kort hoofdstuk over de vraagstelling en de gevolgde methode behandelt hoofdstuk 3 van het rapport decentralisering en regionalisering voor zover dit betrekking heeft op de eerstelijnsgezondheidszorg. Hoofdstuk 4 behandelt de echelonnering met daaraan gekoppeld de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Een aantal echelonneringsprincipes (bijvoorbeeld organisatorische samenhang en samenwerking) zijn zozeer met versterking van de eerste lijn verweven dat een scheiding kunstmatig is en tot onnodige verdubbeling zou leiden. In dit hoofdstuk zijn aparte paragrafen gewijd aan versterking van huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk. We hebben ons in overleg met de N.R.V. in deze eerste exercitie nadrukkelijk tot deze vier kerndisciplines in de eerstelijns beperkt. Het slot-hoofdstuk bevat een korte samenvatting en discussie.

2. VRAAGSTELLING EN METHODE

2.1. Vraagstelling

Centraal in dit onderzoek staat de vraag welke beleidsmaatregelen de overheid vanaf 1974 genomen heeft om de eerste lijn te herstructureren en te versterken en welke resultaten deze maatregelen hebben opgeleverd. Het gaat daarbij om maatregelen met betrekking tot regionalisering, echelonnering en versterking van de kerndisciplines in de eerste lijn waarbij bij elk onderwerp de volgende concrete vragen worden gesteld:

- a. welke beleidsvoornemens zijn er sinds 1974 geformuleerd in de officiële beleidsnota's?;
- b. welke concrete beleidsmaatregelen zijn er genomen?;
- c. zijn deze beleidsmaatregelen ook daadwerkelijk uitgevoerd als bedoeld en zo niet waarom niet?;
- d. wat zijn de resultaten of effecten van de doorgevoerde maatregelen?;
- e. kunnen deze effecten cijfermatig worden aangetoond?

Het accent ligt in deze studie op de laatste twee vragen, kortweg gezegd, wat zijn de resultaten van het gevoerde beleid tot nu toe. Deze resultaten worden zoveel mogelijk gepresenteerd in de vorm van tijdreeksen vanaf 1974 omdat daarin de ontwikkelingen sinds die tijd het duidelijkst zichtbaar zijn. Waar betrouwbare cijfers ontbreken wordt volstaan met een indicatie.

Beleidsvoornemens worden alleen behandeld voor zover dat nodig is om concrete beleidsmaatregelen toe te lichten. Wel worden de belangrijkste beleidsvoornemens kort genoemd in een schema aan het begin van elk hoofdstuk.

Uit het bovenstaande volgt dat de studie vooral is toegespitst op concrete beleidsmaatregelen en daarmee dus maar een gedeelte van het gehele beleidsproces beslaat. Wat buiten beschouwing blijft is de totstandkoming van beleid en de 'vertaling' van beleidsdoelen in beleidsmaatregelen. We gaan bijvoorbeeld niet in op de vraag of een bepaalde maatregel (versterking van de eerste lijn) het meest effectieve middel is om het beleidsdoel (substitutie) te realiseren. Evenmin wordt gekeken of resultaten van beleidsmaatregelen inderdaad tot het uiteindelijke beleidsdoel hebben geleid. Bij maatregelen ter

stimulering van gezondheidscentra wordt bijvoorbeeld wel gekeken naar het aantal gezondheidscentra dat in de loop der tijd ontstaan is maar blijven uiteindelijke beleidsdoelen, bijvoorbeeld kostenreductie en kostenbeheersing en een beter afgestemde hulpverlening aan de individuele patiënt, buiten beschouwing. Deze onderdelen van het beleidsproces komen wellicht in een vervolgstudie aan de orde. In dit onderzoek beperken we ons tot de vraag of concrete beleidsmaatregelen ook daadwerkelijk uitgevoerd zijn en of de resultaten daarvan cijfermatig aan te tonen zijn.

2.2. Methode

Kan men bij het analyseren van één specifieke beleidsmaatregel kiezen uit diverse onderzoeksstrategieën, bij het analyseren van het geheel aan beleidsmaatregelen op meta-niveau, zoals in de onderhavige studie het geval is, is de keuze beperkt. Het verzamelen van nieuwe gegevens zou een niet te overziene onderzoeksinspanning vergen, zodat gekozen moet worden voor het interviewen van sleutelfiguren of het doen van literatuuronderzoek op bestaand materiaal. In dit onderzoek is voor deze laatste methode gekozen omdat deze de meest 'harde' gegevens oplevert.

Voor het inventariseren van beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen zijn vooral de diverse beleidsnota's van het Ministerie van WVC gebruikt en de Rijksbegrotingen met de toelichtingen daarop. We hebben ons beperkt tot de schriftelijke weergave van beleid en gaan niet in op ontstaansgeschiedenis of achtergronden van het beleid. Voor gegevens over de uitvoering van beleidsmaatregelen en mogelijke knelpunten daarin zijn daarnaast de nota's geraadpleegd van de beroepsgroepen en van diverse organisaties en instanties die bij de organisatie en financiering van de eerste lijn betrokken zijn. Aanvullende cijfermatige gegevens zijn doorgaans afkomstig uit de verschillende registratie- en informatiesystemen en uit wetenschappelijke onderzoeken. De gebruikte bronnen zijn steeds in de tekst vermeld; waar geen bron vermeld is zijn de gegevens afkomstig van lopende registratie- of onderzoeksprojecten van het NIVEL.

Als startpunt voor dit onderzoek is de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 van voormalig staatssecretaris J.P.M. Hendriks gekozen omdat deze nota voor het eerst een coherente totaalvisie op de gezondheidszorg geeft. De vervolgnota's en beleidsdocumenten worden aan

deze Structuurnota gerelateerd waarbij steeds de volgende procedure is gevolgd.

Elk onderwerp begint met een schema waarin de belangrijkste beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen vanaf 1974 tot nu toe op overzichtelijke wijze kort zijn vermeld. Vervolgens worden de ontwikkelingen van de diverse concrete beleidsmaatregelen door de tijd behandeld en wordt de huidige stand van zaken (zoveel mogelijk cijfermatig) weergegeven.

Ook wordt ingegaan op de middelen en beleidsinstrumenten die voor het effectueren van de beleidsmaatregel gebruikt zijn. De verschillende soorten beleidsinstrumenten en enkele veel gebruikte begrippen in dit rapport worden hierna kort toegelicht.

2.3. Toelichting begrippen

Bij het analyseren van beleidsmaatregelen kan men vanuit een drietal optieken naar het gehele proces kijken: men kan kijken naar de gebruikte beleidsinstrumenten, naar het niveau van uitvoering van de maatregelen en naar de inhoud van de beleidsmaatregel.

Wat betreft het eerste aspect kan men onderzoeken welke middelen of instrumenten gebruikt zijn om de maatregelen te effectueren en wat de legitimiteit hiervan is.¹ De belangrijkste middelen en instrumenten zijn de financiering en de wetgeving en per onderwerp wordt in dit rapport aangegeven op welke wijze daarvan gebruik gemaakt is. Bij legitimiteit gaat het in feite om de macht die de overheid heeft om bepaalde maatregelen af te dwingen. Hoewel de formele macht van de overheid vrij ver gaat kunnen allerlei tegenkrachten er in de praktijk voor zorgen dat maatregelen niet of slechts ten dele uitgevoerd worden. Hierbij valt te denken aan politieke druk, publieke opinie, belangen van beroepsgroepen en financiers, maar ook binnen departement en overheid is eensgezindheid niet altijd gegarandeerd (zie ook Dekker, 1986). Het is vaak moeilijk om deze tegenkrachten te traceren en we gaan er dan ook in dit rapport niet expliciet op in. Een analyse van dit krachtenspel is een studie op zich.

Wat betreft het niveau van uitvoering wordt doorgaans een onderscheid gemaakt in centrale en decentrale beleidsuitvoering.² Bij centrale beleidsuitvoering is het beleid direct gericht op de hulpverleners en hun organisaties; bij decentrale beleidsuitvoering is de uitvoering aan lagere overheden gedelegeerd. Beide soorten beleidsuitvoering zijn met betrekking tot de eerste lijn toegepast zoals in dit rapport zal blijken.

Wat betreft de inhoud van beleidsmaatregelen wordt een onderscheid gemaakt tussen 'beperkend' en 'verruimend' beleid.³ Zoals de term al zegt gaat het bij 'beperkend' beleid om inkrimping van het aantal handelingsmogelijkheden of alternatieven (bijvoorbeeld de AGGZ alleen toegankelijk maken via de huisarts) en gaat het bij 'verruimend' beleid om een uitbreiding van de handelingsmogelijkheden (bijvoorbeeld uitbreiding van het verstrekkingspakket).

Waar relevant zal in dit rapport naar de hiervoor genoemde dimensies verwezen worden en wordt in de discussie nader ingegaan op de effecten van de verschillende beleidsinstrumenten.

2.4. Wetenschappelijk onderzoek

In de beleidsmaatregelen ter versterking en herstructurering van de eerste lijn nemen de maatregelen om het wetenschappelijk onderzoek in deze sector te stimuleren een aparte plaats in. Onderzoek betekent geen directe versterking van de eerste lijn maar kan belangrijke invloed hebben op beleidsmaatregelen die ten aanzien van de eerste lijn worden genomen. In een aantal gevallen is deze invloed vrij duidelijk (bijvoorbeeld in het geval van de diagnostische centra, zie paragraaf 4.3.3) in een aantal andere gevallen is deze invloed afwezig of althans veel minder zichtbaar (het Vestigingsbesluit is doorgevoerd ondanks het feit dat een betere spreiding van huisartsen al jarenlang een autonoom proces was). Hoewel een boeiend onderwerp, deze ingewikkelde relatie tussen onderzoek en beleid, valt dit buiten het bestek van deze studie. We volstaan hier met een korte aanduiding van de onderzoeksthema's die de afgelopen jaren expliciet door het Ministerie van WVC gestimuleerd zijn en verwijzen voor een gedetailleerd overzicht maar de ruim een jaar geleden verschenen 'Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn' (Sluijs, Dopheide en Van der Zee, 1985). In de onderhavige studie is bij elk onderwerp gebruik gemaakt van onderzoeksresultaten om de effecten van beleidsmaatregelen aan te tonen.

De stimulering van het wetenschappelijk onderzoek blijft van 1974 tot 1979 voornamelijk beperkt tot beleidsvoornemens en tot het subsidiëren van enkele incidentele projecten. Vanaf 1980 wordt door het Ministerie een actief onderzoeksbeleid ten aanzien van de eerste lijnsgezondheidszorg gevoerd (Joling, 1985). In de onderzoeksprioriteiten die gesteld worden zijn de belangrijkste aandachtspunten van het beleid terug te vinden. De onderwerpen van onderzoek hebben betrekking op volume-aanbod, op structuur en functioneren van voor-

zienen en op samenhang en samenwerking. Ook worden registratiesystemen van beroepsbeoefenaren en van samenwerkingsverbanden door subsidies mogelijk gemaakt. Veel onderzoek is expliciet gericht op het evalueren van (experimentele) beleidsmaatregelen zoals uit dit rapport zal blijken (bijvoorbeeld onderzoek naar de proefregio's, Almere, naar effecten van samenwerking etcetera).

Lag aanvankelijk sterk de nadruk op het onderzoek naar de huisarts, sinds kort begint ook het onderzoek naar de overige disciplines in de ELGZ van de grond te komen. Wat betreft het onderzoeksbeleid is in ieder geval een belangrijk principe uit de Structuurnota gerealiseerd. Met de uitgroei van het Nederlands Huisartsen Instituut tot een instituut voor onderzoek van de gehele eerstelijnsgezondheidszorg is breed en geïntegreerd onderzoek van de ELGZ mogelijk geworden.

3. REGIONALISATIE

3.1. Inleiding

Als een van de belangrijkste beleidsvoornemens wordt in de Structuurnota van 1974 de regionalisatie genoemd. Regionalisatie wordt beschouwd als een van de structurele middelen om te geraken tot een doelmatig en doeltreffend opgebouwde en functionerende gezondheidszorg. Onder regionalisatie verstaat men de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert. Een tweede beleidsvoornemen is hier direct aan gekoppeld namelijk het streven naar decentralisatie. De regio's zouden zelf verantwoordelijkheid moeten gaan dragen voor het functioneren en plannen van de gezondheidszorg binnen landelijk gestelde normen.

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de vraag welke concrete beleidsmaatregelen op het gebied van regionalisatie en decentralisatie genomen zijn en wat daarvan de resultaten zijn tot nu toe. In schema 1 zijn de belangrijkste beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen sinds 1974 overzichtelijk weergegeven (zie volgende pagina).

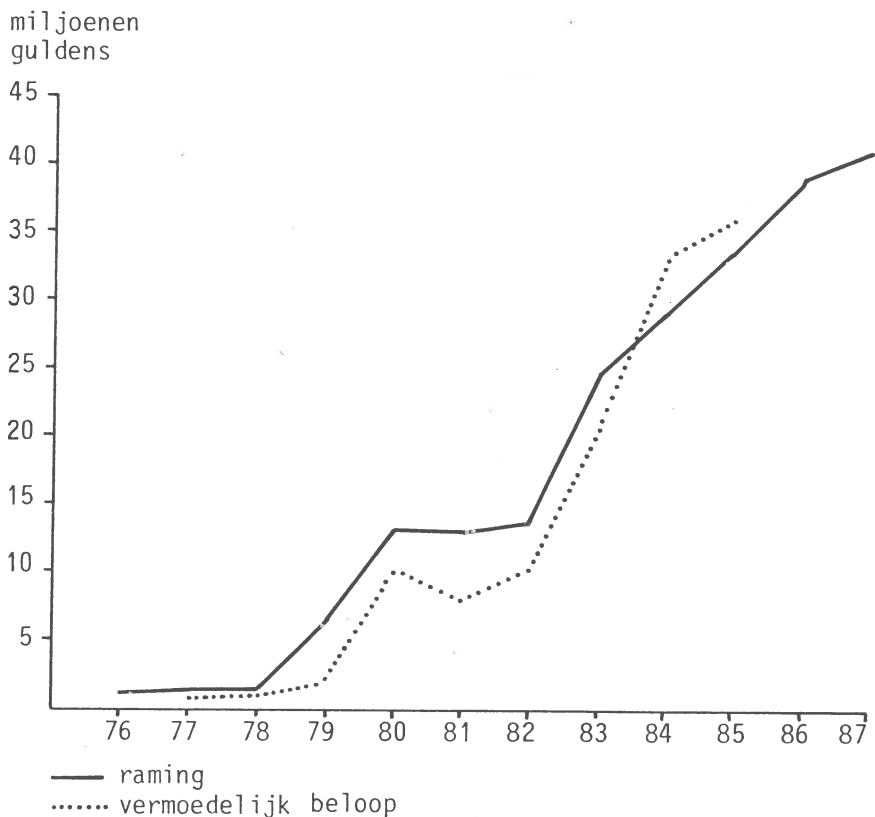
De resultaten worden in twee paragrafen gepresenteerd. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de vraag in hoeverre decentralisatie van plan- en besluitvorming heeft plaatsgevonden en wat de knelpunten daarbij waren of zijn. In de tweede paragraaf wordt aandacht geschonken aan de vraag in hoeverre een gebiedsindeling tot stand is gekomen waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van voorzieningen zou moeten gaan functioneren of reeds functioneert. Bovendien wordt nagegaan in hoeverre de eerstelijnsdisciplines hun activiteiten hebben afgestemd op de gebieden die voor de planning worden gehanteerd.

Om regionalisatie en decentralisatie te realiseren is als beleidsinstrument vooral de wetgeving gebruikt maar ook de subsidies voor herstructurering van de gezondheidszorg zijn niet onaanzienlijk. Vooruitlopend op de volgende paragrafen wordt in figuur 1 eerst een totaaloverzicht gegeven van de geraamde en vermoedelijk werkelijk uitgegeven subsidies ten behoeve van de herstructurering (de exacte bedragen zijn achterin het rapport bij noot 4 vermeld).

Schema 1: Beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen ten aanzien van regionalisatie

	STRUCTUURNOTA 1974	NOTA KOSTENBEHEERSING 1976	NOTA KOSTENONTWIKKELING 1979	SCHETS VAN DE ELGZ 1980	NOTA ELZ 1983
Beleidsvoornemens	<ul style="list-style-type: none"> - regionalisatie - decentralisatie - bij regionalisatie aansluiten op gewestvorming - evenwichtige spreiding van beroepsbeoefenaren over de regio's 	<ul style="list-style-type: none"> - wettelijke regeling om volume en spreiding van de voorzieningen en de mankracht te beheersen - vestigingsbeleid ten aanzien van zelfstandige beroepsbeoefenaren 	<ul style="list-style-type: none"> - vestigingsbeleid vrije beroepsbeoefenaren - harmonisering van de WVG en de KSW 	<ul style="list-style-type: none"> - een goede spreiding van de voorzieningen ter bevordering van de geografische bereikbaarheid en herkenbaarheid voor de bevolking - bestuurlijke decentralisatie - in het kader van de regionalisatie aandacht besteden aan vraagstukken betreffende de samenwerking - de planvorming met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen zal geschieden op (inter)gemeentelijk niveau, waarbij de provincie in tweede instantie is ingeschakeld met als speciale taak te letten op de onderlinge afstemming en de afstemming met andere voorzieningen 	<ul style="list-style-type: none"> - financiële plankaders moeten worden ontwikkeld om ruimte voor nieuwe ontwikkelingen aan te geven - gemeente moet bijdrage leveren aan kwaliteits- en efficiëntcyverbetering in de eerstelijnszorg - gemeente moet in kader van de WGM onderlinge samenhang in de planning en de samenwerking tussen eerstelijnszorgvoorzieningen bewerkstelligen
Beleidsmaatregelen	<ul style="list-style-type: none"> - tijdelijk gebruik van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen - tot stand brengen van de Wet voorzieningen gezondheidszorg waarin op te nemen de Wet Ziekenhuisvoorzieningen - het vaststellen van regionale grenzen - op regionaal niveau organiseren van het kruiswerk 	<ul style="list-style-type: none"> - Wet voorzieningen gezondheidszorg 	<ul style="list-style-type: none"> - Wet Voorzieningen Gezondheidszorg 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 september 1979 zijn in het kader van de gewijzigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen gezondheidszorgregio's vastgesteld - Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg 	<ul style="list-style-type: none"> - bouwstenen voor een invoeringsplan ex WVG: <ul style="list-style-type: none"> - plankaders - proefregio's - gebiedsindeling - taakverdeling - adviesstructuur - informatievoorziening - Wet Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening - AMvB vestigingsbesluit huisartsen - AMvB proefregio ex WVG - AMvB informatievoorziening

Figuur 1: Geraamde uitgaven en vermoedelijk beloop van de subsidies ten behoeve van herstructurering



De cijfers dienen met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd (zo zijn na 1978 ook subsidies die verstrekt zijn in het kader van de Perspectievennota Zuid-Limburg en het Integraal Structuurplan Noorden des lands, in het overzicht opgenomen), maar de grote lijn is duidelijk. We zien een schoksgewijze groei van de geraamde uitgaven en een naijlende groei van de vermoedelijke werkelijke uitgaven. De schokken vallen samen met gebeurtenissen in het beleid, zoals de start van de herziene Wet Ziekenhuisvoorzieningen rond 1980 en de voorbereiding van de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg na 1983. De laatste jaren domineren de aan provincies

en gemeenten uitgekeerde plankostenvergoedingen voor de invoering van de WZV en de WVG de uitgaven (in 1985 maakte dit 80% van de totale kosten uit).

3.2. Planning van eerstelijnsvoorzieningen op decentraal niveau

Op het moment dat de Structuurnota uitkwam was een decentrale beleidsvoering voor de eerstelijnsgezondheidszorg nauwelijks mogelijk. De bemoeienis van gemeenten met de eerste lijn was fragmentarisch en gering. Zo waren de gemeenten medesubsidiënt van het kruiswerk (in 1974 werd 24,5% van de totale kosten van het kruiswerk betaald door gemeenten, Jaarverslag NK, 1977-78). De versnipperde financiering van het kruiswerk maakte echter nauwelijks een beleid mogelijk. Hoewel in de Structuurnota alleen beleidsvoornemens en geen concrete beleidsmaatregelen aan de orde zijn begint de belangstelling van gemeenten voor de planning van de gezondheidszorg toe te nemen. Dit komt tot uiting in het verschijnen van gemeentelijke beleidsnota's (Wulms, 1987) en deze nota's kan men beschouwen als een indicatie voor het draagvlak van de voorgenomen decentralisatie. In termen van dit onderzoek zou men de gemeentelijke nota's de resultaten van het (voorgenomen) decentralisatiebeleid kunnen noemen. De inhoud van de gemeentelijke nota's sluit nauw aan bij de ideeën uit de Structuurnota. Zo wordt uitgegaan van het echelonneringsprincipe en is samenwerking een belangrijk thema. Ook stimulering van de totstandkoming van gezondheidscentra (zie bijvoorbeeld Swinkels, 1981; Peters, 1984) en het voeren van een vestigingsbeleid voor beroepsbeoefenaren zijn concrete aandachtspunten. Echter, het ontbreekt de gemeenten aan instrumentarium en legitimiteit om het beleid ook daadwerkelijk uit te voeren. Als noodoplossing probeert men gebruik te maken van de wetgeving die niet specifiek op de gezondheidszorg is gericht, zoals de Gemeentewet en de Wet op de Ruimtelijke Ordening (Swinkels, 1981; De Bakker en Wulms, 1986) echter met niet al teveel succes; een door de gemeente Lelystad ontwikkelde vestigingsverordening bijvoorbeeld wordt in 1981 door de Kroon vernietigd.

Een aantal voorgenomen beleidsmaatregelen leidt na 1980 tot een sterke toename van het aantal gemeentelijke beleidsnota's (Wulms, 1987). In 1980 verschijnt de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg waarin wordt aangedrongen op een actieve opstelling van gemeenten, niet alleen ten aanzien van de nieuwe wetgeving maar ook ten

aanzien van de afstemming van werkgebieden. Ook is de ontwerp WVG en KSW inmiddels verschenen waarin de formele rol van gemeenten geregeld is. Als concrete beleidsmaatregel kan genoemd worden het starten van elf proefprojecten in het kader van de KSW.

In de gemeentelijke beleidsnota's wordt gepreludeerd op de te verwachten bestuurlijke decentralisatie. Inventarisaties worden uitgevoerd, knelpunten worden opgespoord, contacten worden gezocht met het veld en uitgangspunten en doelstellingen worden geformuleerd. Het ziet er naar uit dat gemeenten niet onwelwillend staan tegenover decentralisatie, die in feite een verruiming van hun bevoegdheden zal gaan betekenen.

In de tweede helft 1982 en de eerste helft 1983 lijkt de decentralisatie haar definitieve vorm te krijgen. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Kaderwet Specifiek Welzijn worden aangenomen. De experimenten met de KSW-proefprojecten worden uitgebreid in de zin dat ook de financiering wordt gedecentraliseerd. Met de zogenaamde Bouwstenennotitie wordt het startsein gegeven voor de invoering van de WVG. Integrale invoering zal plaatsvinden in de provincie Limburg en de regio's Eindhoven en Kennemerland. In de rest van Nederland wordt gestart met voorbereidende werkzaamheden voor de invoering van de WVG (onder meer de gebiedsindeling die in de volgende paragraaf aan de orde komt).

De gemeentelijke beleidsnota's in deze periode anticiperen op de invoering van de WVG, hoewel hier en daar al twijfels rijzen omtrent het al of niet doorgaan van de wetgeving. Deze twijfels worden versterkt als nog in 1983 de Kaderwet Specifiek Welzijn wordt ingetrokken en wordt aangekondigd dat de WVG zal worden omgevormd tot een Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM). Deze WGM onderscheidt zich in de eerste plaats van de WVG doordat de maatschappelijke dienstverlening erin is opgenomen. Verder is de wet vereenvoudigd en iets centralistischer van karakter. Het betrekken van de maatschappelijke dienstverlening bij de eerste lijn komt ook tot uiting in het verschijnen van de Nota Eerstelijnszorg (1983), waarin tevens een verschuiving van uitgangspunten gericht op structuur en functioneren naar meer zorginhoudelijke uitgangspunten waarneembaar is.

Belangrijke concrete maatregelen die in deze periode in het kader van de decentralisatie zijn genomen vormen de regels voor de plankostenvergoeding, de richtlijnen voor de gebiedsindeling en het vestigingsbesluit huisartsen. In feite betekent dit dat de gemeenten geld krijgen om de invoering van de WVG te gaan voorbereiden (de gebiedsindeling) en het vestigingsbesluit uit te voeren.

Deze ontwikkelingen vinden we terug in de in die periode uitkomende gemeentelijke beleidsnota's (Wulms, 1987). De maatschappelijke dienstverlening is ook door de gemeenten betrokken bij de eerste lijn, zo blijkt uit nota's van gemeenten. De nota's zijn in vergelijking met eerdere periodes vaker beleidsbepalend en minder vaak verkennend of inventariserend van aard. Verder wordt inhoudelijk vaak aangesloten bij de Nota Eerstelijnszorg in de zin dat de thuiszorg een aandachtsveld wordt en afstemming van werkgebieden meer in de belangstelling staat.

De recente ontwikkelingen mogen bekend worden verondersteld. De WGM is in 1986 ingetrokken en de WVG lijkt eenzelfde lot beschoren. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat er van een eigen gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het functioneren van de gezondheidszorg weinig is terechtgekomen. Wat aanvankelijk een succesvolle beleidsombuiging leek (althans afgemeten aan het aantal gemeentelijke beleidsnota's) is gestrand op het gebrek aan beleidsinstrumenten en bevoegdheden op gemeentelijk niveau.

Op deelgebieden zijn wel successen geboekt met betrekking tot de decentralisatie. Als concrete beleidsmaatregelen kunnen genoemd worden het vestigingsbesluit van huisartsen, de experimenten in het kader van de WVG en KSW en de decentralisatie van het algemeen maatschappelijk werk en de gezinszorg. We zullen de ontwikkelingen en resultaten van deze vier maatregelen achtereenvolgens kort behandelen.

De uitvoering van het vestigingsbesluit - een beperkende beleidsmaatregel met directe consequenties voor huisartsen - is aan gemeenten gedelegeerd. Het huidige vestigingsbesluit biedt de gemeenten weinig beleidsruimte (De Bakker en Wulms, 1986) maar over de wijze waarop de gemeenten de maatregel uitvoeren is nog niet veel bekend. Wel is bekend dat sommige gemeenten een beleidskader rondom de vergunningverlening ontwikkelen waarin criteria zijn opgenomen die verder gaan dan het besluit zelf. Andere gemeenten echter volstaan met een minimale uitvoering waarbij de beroepsgroep het voor het zeggen blijft hebben.

Op dit moment vinden evaluaties plaats naar de ervaringen met het vestigingsbesluit. De afdeling Sociaal Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek van de VNG verricht een onderzoek naar problemen bij de uitvoering van het vestigingsbesluit en het NIVEL onderzoekt in hoeverre gemeenten het vestigingsbesluit aanwenden als beleidsinstrument.

De integrale invoering van de WVG in Kennemerland, Eindhoven en omstreken en Limburg verloopt trager dan was voorzien. Er is weliswaar een AMvB waarin de integrale invoering wordt geregeld, maar de positie van de maatschappelijke dienstverlening is weer ter discussie omdat de staatssecretaris terug wil naar de 'oude' WVG. Van een overdracht van bevoegdheden is dus nog geen sprake. In de proefregio's vinden daarom alleen nog voorbereidende werkzaamheden plaats, zoals het verrichten van onderzoek, het maken van financiële overzichten en het leggen van contact met het veld. Ook vinden bestuursorganisatorische activiteiten plaats. De indeling in subregio's is inmiddels totstand gebracht. De taakverdeling is in zoverre gereed dat het duidelijk is dat de eerstelijnsgezondheidszorg voor rekening van de samenwerkende gemeenten komt. Over allerlei raakvlakken, zoals de vraag op welk niveau integratie van de plannen voor de eerste en de plannen voor de tweede lijn plaats moet vinden, vinden nog onderhandelingen tussen provincie en gemeenten plaats. Aan de hand van de ervaringen in de integrale invoeringsgebieden is decentrale beleidsvoering ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg dus niet te evalueren. Vaak bekritiseerde aspecten van de WVG, zoals het gescheiden zijn van planning en financiering, kunnen nog niet op hun functioneren in de realiteit worden getoetst.

Met de inmiddels ingetrokken Kaderwet Specifiek Welzijn zijn wel ervaringen in de praktijk opgedaan. Een belangrijk verschil met de WVG is dat hier ook geëxperimenteerd is met het decentraliseren van de financiering. Voor een aantal regelingen (waaronder de Rijksbijdrageregeling maatschappelijke dienstverlening, de subsidiëring gezinsverzorging en gezinshulp en de Voorlopige Stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg) krijgen de proefgemeenten/-regio's een zogenaamde brede doeluitkering. Daarmee is de beleidsruimte geschapen om te schuiven tussen de budgetten. De evaluaties hebben interessante conclusies ten aanzien van decentralisatie in het algemeen opgeleverd (Van Kesteren, 1986; Heij e.a., 1986). In de eerste plaats blijkt dat 'decentralisatie' niet direct tot aardverschuivingen leidt. Veranderingen zijn vaak gevolg van een bezuinigingstaakstelling ten aanzien van de welzijnssector als geheel en betreffen alleen accenten. Op hoofdlijnen blijft men in de pas met het landelijk beleid. Deze bevinding is in overeenstemming met het onderzoek van Wulms. Van Kesteren concludeert op grond hiervan dat zorgvoorzieningen bij gemeenten in goede handen zijn. Ten tweede blijkt dat gemeenten kunnen sturen: landelijke trends, methodisch-technische veranderingen binnen een werksoort, de plaat-

selijke instelling en de gebruikers spelen echter ook een rol. Ten derde komt uit een vergelijking van de proefgemeenten met een aantal 'schaduwgemeenten' naar voren dat de proefgemeenten de extra beleidsruimte benutten in de zin dat zij een beleid voeren dat onder het 'gewone' bestuurlijk regime niet mogelijk zou zijn geweest. Sommige gemeenten gaan zelfs verder dan de formele beleidsruimte toestaat; anderen benutten slechts een deel van de toegestane ruimte. Verschillen tussen gemeenten qua beleidsinhoud hangen vooral samen met de sociale problematiek (bijvoorbeeld de aanwezigheid van minderheden), de financiële context en de politieke kleur van de lokale bestuurders. Ten aanzien van het doorvoeren van Rijkswegge opgelegde bezuinigingen blijken gemeenten vaak een bufferfunctie te vervullen. Zij worden niet, gedeeltelijk of later doorgegeven aan de instellingen.

De enige voorziening die daadwerkelijk gedecentraliseerd is, is het AMW. De gezinszorg is alleen gedecentraliseerd in (een deel van) de KSW-proefgemeenten en in de vier grote steden. Opgemerkt moet daarbij worden dat deze beide voorzieningen buiten de werkingssfeer van de Structuurnota uit 1974 vallen. Deze decentralisatie heeft dan ook niet in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg plaatsgevonden. Er kan nauwelijks gesproken worden van een eerste stap op weg naar een geïntegreerde, decentrale beleidsvoering voor de eerste lijn.

Het AMW heeft zich steeds verzet tegen de decentralisatie, zeker op de manier zoals die plaatsgevonden heeft buiten een wettelijk kader (zie bijvoorbeeld JOINT, 1984). De profilering van het AMW als kern-discipline in de eerste lijn staat naar hun mening op gespannen voet met de beleidsvrijheid van gemeenten om te bezuinigen op het aantal formatieplaatsen voor het maatschappelijk werk. Hetzelfde geldt voor de experimenten met de KSW. Hierin is het AMW opgenomen in een brede doeluitkering met voorzieningen die niets met de eerste lijn van doen hebben. Gemeenten kunnen hier in principe een beleid voeren dat haaks staat op het streven van de rijksoverheid de eerste lijn (met het AMW als kerndiscipline) te versterken.

De JOINT geeft aan dat een aantal gemeenten ook inderdaad op het AMW bezuinigt. Landelijke gegevens hierover ontbreken echter. Figuur 16 in paragraaf 4.3.6 laat een toename van het aantal formatieplaatsen zien, ook na de decentralisatie. Dit sluit echter niet uit dat er op sommige plaatsen bezuinigd kan worden.

Uit het onderzoek van Heij e.a. (onder de KSW-proefgemeenten en een beperkt aantal schaduwgemeenten) kan worden geconcludeerd dat decen-

tralisatie van het AMW heeft geleid tot een eigen gemeentelijk beleid voor deze werksoort, wat vooral tot uiting komt in het subsidiabel stellen van het aantal formatieplaatsen. Bij de meeste van de onderzochte gemeenten is het eigen aandeel in de financiering van het AMW gestegen in vergelijking met het Rijksaandeel. Ten aanzien van de gezinszorg wordt in de proefgemeenten in financieel opzicht nog grotendeels het rijksbeleid gevoerd.

Geïntegreerde planning van eerstelijnsvoorzieningen op decentraal niveau vindt op dit moment eigenlijk alleen plaats in Almere. Deze gemeente is door de staatssecretaris en haar eigen bestuur aangewezen als een proefgebied, waar de gezondheidszorg vanuit een versterkte lijn kan worden opgebouwd in de vorm van een samenhangend stelsel van voorzieningen. Daartoe zijn alle eerstelijns hulpverleners bij de Eerstelijns Vereniging Almere in loondienst ondergebracht. Afstemming van het beleid van de verschillende zorgsectoren (waaronder de eerste lijn) vindt plaats in de Stuurgroep Gezondheidszorg, die adviseert aan de gemeenteraad en het Ministerie van WVC. De experimenten in Almere worden geëvalueerd door het NIVEL. Voor uitspraken over de effecten van het project Almere is het op dit moment echter te vroeg.

Samenvattend kan worden gesteld dat totale decentrale beleidsvoering voor de ELGZ niet is gerealiseerd en dat de oorzaak hiervan niet gezocht kan worden in onwil of tegenwerking van gemeenten. De decentralisatie is beperkt gebleven tot een uitvoeringsmaatregel (het Vestigingsbesluit huisartsen), een voorziening die voorheen niet tot de eerste lijn werd gerekend (het AMW) en een aantal experimenten. Van een eigen verantwoordelijkheid van de regio's voor het plannen en functioneren van de gezondheidszorg binnen landelijk gestelde normen is geen sprake.

3.3. Regionalisatie

De Structuurnota verscheen op een moment waarop het er naar uitzag dat in Nederland een nieuwe bestuurslaag zou worden gevormd op gewestelijk niveau. Het was dus voor de hand liggend om bij de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen zou moeten gaan functioneren aan te sluiten bij de gewestvorming. Toen de gewestvorming niet door bleek te gaan, kwam de gemeente meer in het vizier als niveau waarop de eerstelijnsgezondheidszorg gepland zou moeten wor-

den (zie de Schets, 1980). Wel zouden gemeenten daarbij met elkaar moeten gaan samenwerken. Nadat de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg door de Tweede Kamer was aangenomen was de gebiedsindeling dan ook een van de eerste voorbereidende maatregelen voor invoering (Bouwennotennotitie, 1983). De gebieden zouden het kader moeten aangeven voor de beleidsvorming, de taakverdeling en de beleidsafstemming binnen de overheid. Uitgegaan werd van de bestaande overheidsorganisatie. Daarnaast zou de gebiedsindeling moeten aansluiten bij de oriëntatie van de bevolking en ook de gebieden moeten aangeven waarbinnen de voorzieningen functioneren. De indeling zou er een op meerdere niveaus moeten zijn (regionaal, subregionaal, lokaal) en de gebieden van de lagere niveaus zouden moeten passen binnen de gebieden op de hogere niveaus. Tenslotte zou de gebiedsindeling moeten worden geplaatst in het perspectief van het streven van de regering naar bundeling van bestaande intergemeentelijke samenwerkingsverbanden.

Provincies en gemeenten werden belast met de totstandbrenging van de gebiedsindeling. Het Rijk zou beslissen bij eventuele verschillen van mening. Deze verschillen van mening bleken vooral op te treden als er een spanningsveld bestond tussen bestuurlijke en functionele criteria (De Bakker en Wulms, 1986; Concept-besluit gebiedsindeling, 1986). Gemeenten wensten daarbij over het algemeen ingedeeld te worden bij het gebied waarop de bevolking het meest georiënteerd was. Provincies streefden naar zo min mogelijk provinciegrensoverschrijdende (sub)regio's. Uit het voorlopige resultaat zoals dat is neergelegd in het Concept-besluit gebiedsindeling blijkt dat het functionele indelingsprincipe voor het Rijk zwaar heeft gewogen bij de beslissing over conflicten. In acht van de tien conflicten over de toedeling van individuele gemeenten tot een bepaalde regio heeft het functionele indelingsprincipe geprevaleerd boven het bestuurlijke, zo blijkt uit de begeleidende brief bij het concept-besluit gebiedsindeling.

Dit wil nog niet zeggen dat de indeling in het concept-besluit functioneel is. Er is namelijk alleen op functionaliteit getoets bij conflicten. Door ons is de indeling in WVG-regio/s getoetst op functionaliteit aan de hand van de oriëntatiepercentages voor opnames in ziekenhuizen (LISZ, 1984).

Er blijken 55 gemeenten te zijn die voor meer dan 50% georiënteerd zijn op een stad buiten de WVG regio. In 11 gevallen ligt het percentage zelfs boven de 90%. Het moge duidelijk zijn dat bij de ziekenhuisplanning uitgaande van deze indeling in de toekomst re-

kening zal moeten worden gehouden met belangrijke regiogrensoverschrijdende patiëntenstromen. Belangrijke stromen vinden we van de regio Noord- en Midden-Drenthe naar Groningen, vanaf de Veluwe naar Zwolle, vanuit Delft en Westland naar Rotterdam en vanuit Rivierland naar 's-Hertogenbosch.

Op het niveau van de voor de eerste lijn relevante subregio's is de WVG-indeling vergelijkbaar met de in het kader van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen gemaakte indeling. De twee indelingen blijken op onderdelen te verschillen (de WGR-indeling is overigens nog niet definitief vastgesteld). Van de 63 WVG-subregio's vallen er 49 volledig samen met de WGR-samenwerkingsgebieden. In twee gevallen is een WVG-subregio gesplitst in twee WGR-gebieden (Midden-Yssel en Zaanstreek/Waterland en in twee gevallen is het omgekeerde gebeurd (West-Utrecht, Rotterdam e.o.). In vijf gevallen ging het om individuele gemeenten, waarbij in de WVG-indeling functionele criteria hebben geprevaleerd en in de WGR-indeling bestuurlijke criteria.

De vraag is nu in hoeverre el(g)z-voorzieningen zijn afgestemd op de WVG/WGR-indelingen. Om per regio een samenhangend stelsel van voorzieningen te creëren is het belangrijk dat de werkgebieden van de instellingen zoveel mogelijk passen binnen de WVG/WGR-gebieden. Ook is het van belang dat de beroepsbeoefenaren hun activiteiten richten op de bewoners van het gebied waarin zij hun praktijkadres hebben. Voor de vier kerndisciplines is nagegaan in hoeverre dit het geval is.

Met betrekking tot de huisartsenzorg is in dit verband een drietal zaken van belang.

1. de capaciteit aan huisartsen moet voldoende zijn per subregio;
2. de huisartsen zouden hun activiteiten zoveel mogelijk moeten richten op de subregiobevolking;
3. de ondersteuningsstructuur voor de huisartsen zou moeten zijn afgestemd op de subregio-indeling.

Regionale verschillen in capaciteit zijn de afgelopen periode afgenomen (zie tabel 1). We zien dat aan de afname van de variatiecoëfficiënt. Nu sinds begin 1986 het Vestigingsbesluit Huisartsen van kracht is kan worden verwacht dat de interregionale verschillen nog verder zullen afnemen. In dit besluit is immers de verhouding tussen inwonertal en aantal huisartsen per WGR-gebied aan regels gebonden.

Overigens moet worden opgemerkt dat gemeenten de mogelijkheid hebben

Tabel 1.: karakteristieke maten van de verdeling van de huisartsen-
dichtheid (aantal huisartsen per 10.000 inwoners) per pro-
vincie (exclusief Flevoland) in 1969, 1979 en 1985

jaar	gemiddelde	standaardafwijking	variatiecoëfficiënt
1969	3.47	.326	.094
1979	3.77	.245	.065
1985	4.10	.182	.044

Bron: Groenewegen, 1985; Hingstman, 1985

om het vestigingsbesluit alleen uit te voeren of in samenwerking met een deel van de gemeenten uit het WGR gebied. Van deze mogelijkheid wordt op grote schaal gebruik gemaakt. Uit tabel 2 blijkt dat 118 gemeenten het vestigingsbesluit alleen uitvoeren. Daarnaast wordt in 76 gevallen weliswaar intergemeentelijk samengewerkt maar op een beperkter niveau dan de WGR. Solistisch uitvoerende gemeenten zijn vaak de grotere gemeenten. Daarnaast is het opmerkelijk dat solistische uitvoering en uitvoering in kleiner dan WGR-verband het meest voorkomt in die gebieden waar nog conflicten over de gebiedsindeling zijn.

Tabel 2.: uitvoering van het vestigingsbesluit op gemeentelijk dan
wel intergemeentelijk niveau

intergemeentelijk niveau	
- WGR gebied	29
- kleiner dan WGR	47
gemeentelijk niveau	118
totaal aantal vestigingsgebieden	194

Bron: SGB0, aangevuld met gegevens van het NIVEL en de geneeskundige inspectie van Gelderland

In hoeverre de huisartsen hun activiteiten richten op de subregio waarin zij hun praktijkadres hebben is nog nauwelijks onderzocht. In de verstedelijkte delen van Nederland zijn wel aanzienlijke stromen te verwachten (zie bijvoorbeeld Jansen en De Vries, 1986 voor de stromen tussen Midden- en Zuid-Kennemerland). Een meer evenwichtige spreiding over de subregio's kan de stromen doen verminderen, maar

het is niet waarschijnlijk dat zij hierdoor verdwijnen.

In 1986 is een ondersteuningsstructuur voor huisartsen opgezet. Eén van de doelstellingen daarvan is ondersteuning van de huisartsen op plaatselijk en regionaal niveau bij overleg met overheden. Deze ondersteuning moet plaatsvinden vanuit een aantal regionale Verenigingen Ondersteuning Huisartsen. De gebiedsindeling van deze verenigingen sluit aan bij de KNMG-districten. Dit is een veel grofmaziger indeling dan de WVG/WGR-indeling (er zijn 20 regio's) en sluit hier dan ook niet bij aan.

De herstructurering van het kruiswerk heeft tot een overzichtelijker structuur van het kruiswerk geleid in de zin dat er nu 219 erkende kruisorganisaties (EKO) zijn met elk een eigen werkgebied (behalve in 's-Gravenhage waar twee kruisverenigingen zijn). In hoeverre die indeling in werkgebieden is afgestemd op de WGR-indeling blijkt uit tabel 3. In 25 van de 63 WGR-gebieden zijn alle daarin werkzame

Tabel 3: Afstemming van de werkgebieden van de erkende kruisorganisaties op de WGR-samenwerkingsgebieden

aantal EKO's in WGR-gebied	afgestemd op grenzen WGR	niet afgestemd		totaal
		aantal grensoverschrij- dende EKO's		
		1	meer dan 1	
1	8	-	-	8
2	8	7	2	17
3, 4	6	7	8	21
5 of meer	3	8	6	17
totaal	25	22	16	63

Nationale Kruisvereniging

EKO's afgestemd op de grenzen van het WGR-gebied. Daarom zijn er acht EKO's waarvan de grenzen precies samenvallen met de grenzen van het WGR-gebied. De andere 17 WGR-gebieden zijn opgedeeld in twee of meer EKO's. In 38 WGR-gebieden heeft steeds minimaal één maar vaak ook meer dan één EKO een werkgebied dat zich tot over de WGR-grens uitstrekt. Over het algemeen kan worden gezegd dat hoe minder EKO's

in een WGR-gebied werkzaam zijn, hoe minder grensoverschrijdingen er zijn.

Het aantal AMW-instellingen is sinds het verschijnen van de Structuurnota afgenomen van 253 instellingen in 1975 tot rond de 180 op dit moment. De afname is de afgelopen jaren gestabiliseerd. Overigens moet men zich hierbij realiseren dat de maatschappelijke dienstverlening pas sinds 1983 expliciet tot de eerste lijn wordt gerekend (Nota Eerstelijnszorg). De werkgebieden van het AMW zijn over het algemeen niet elkaar uitsluitend. Verschillende verzuilde instellingen werken in hetzelfde gebied. Tabel 4 laat zien dat in de

Tabel 4: Afstemming van de werkgebieden van de AMW-instellingen op de WGR-samenwerkingsgebieden

aantal AMW- instellingen	afgestemd op grenzen WGR	niet afgestemd		totaal
		<u>aantal grensoverschrij- dende instellingen</u>		
		1	meer dan 1	
1	8	-	-	8
2	5	2	3	10
3, 4	6	9	14	29
5 of meer	1	3	12	16
totaal	20	14	29	63

JOINT

meeste WGR-gebieden de AMW-instellingen niet zijn afgestemd op de grenzen van de WGR. Van de 63 WGR-gebieden hebben er 14 te maken met één grensoverschrijdende AMW-instelling en zelfs 29 met meer dan één grensoverschrijdende instelling.

Voor de gezinszorg geldt in grote lijnen hetzelfde verhaal. Een geleidelijke afname van het aantal instellingen tot 239 op dit moment, waarvan de werkgebieden elkaar overlappen. De meeste WGR-gebieden hebben ook hier te maken met instellingen die over de WGR-grenzen heengaan (tabel 4 zie volgende pagina). Het aantal WGR-gebieden waar de werkgebieden van de instellingen zijn afgestemd op de gebiedsgrenzen is zelfs nog lager dan bij het kruiswerk en het AMW.

Tabel 5: Afstemming van de werkgebieden van de instellingen voor gezinszorg op de WGR-samenwerkingsgebieden

aantal gezins- zorginstellingen	afgestemd op grenzen WGR	niet afgestemd		totaal
		aantal grensoverschrij- dende instellingen		
		1	meer dan 1	
1	1	1	-	2
2	3	4	2	9
3, 4	9	9	9	27
5 of meer	2	7	16	25
totaal	15	21	27	63

CRvG, 1987

Uit het bovenstaande moet niet de conclusie worden getrokken dat de meeste EKO's, AMW-instellingen en instellingen voor gezinszorg werkgebieden hebben die een WGR-grens overschrijden. Dit is zelfs helemaal niet het geval, zo blijkt uit tabel 6. Slechts 34 van de 206 EKO's hebben grensoverschrijdende werkgebieden. Bij het AMW en de gezinszorg liggen deze aantallen iets hoger, maar de percentages liggen toch veel lager dan als van de WGR-gebieden wordt uitgegaan. De meeste WGR-gebieden moeten dus bij de ontwikkeling van een beleid voor de eerste lijn rekening houden met het feit dat er grensoverschrijdende werkgebieden van instellingen zijn.

Tabel 6.: EKO's, AMW-instellingen en instellingen voor gezinsverzorging met werkgebieden die de grens van een WGR-gebied overschrijden

	grensoverschrijdingen		totaal aantal instellingen
	aantal	% van alle instellingen	
EKO's	34	16,5	206
AMW	49	27,7	177
gezinsverzorging	49	20,4	240

Andersom heeft een veel geringer deel van de instellingen te maken met meerdere WGR-gebieden.

Concluderend kan worden gesteld dat dertien jaar na het verschijnen van de Structuurnota een concept-gebiedsindeling tot stand gekomen is. Er zijn echter nog verscheidene discussiepunten. Binnen deze gebieden moet een samenhangend stelsel van gezondheidsvoorzieningen worden gecreëerd. Probleem is echter dat de WVG-indeling die er nu ligt weliswaar iets meer op basis van functionele criteria tot stand is gebracht dan de WGR-indeling, maar dat de indeling op een groot aantal plaatsen weinig functioneel is. Verder zien we dat de vier kerndisciplines hun activiteiten nog nauwelijks op de gebiedsindeling hebben afgestemd. Het Vestigingsbesluit Huisartsen regelt weliswaar de capaciteit per regio, maar kan grensoverschrijdende stromen niet voorkomen. Bovendien blijken veel gemeenten het vestigingsbesluit zelfstandig of slechts in samenwerking met een deel van de gemeenten uit de WGR uit te voeren. De ondersteuningsstructuur voor huisartsen is opgezet in de veel grotere KNMG-regio's, die niet met de WVG/WGR-indelingen samenvallen. De omvangrijke herstructureeringsoperaties in het kruiswerk hebben weliswaar tot een overzichtelijker structuur binnen die discipline geleid, maar de werkgebieden van de EKO's zijn verre van afgestemd op de WGR-gebiedsindeling. Hetzelfde geldt voor de werkgebieden van gezinszorg en AMW. Opgemerkt dient tot slot te worden dat wij hier alleen hebben gezien in hoeverre de kerndisciplines in de eerste lijn hun activiteiten op WGR-niveau hebben afgestemd. Hanteren we de brede definitie van 'primary health care' van de WHO dan kan worden geconstateerd dat er nog tal van andere gebiedsindelingen bestaan, die geen van alle op elkaar of op WGR-niveau zijn afgestemd. Genoemd kunnen worden de indelingen van de basisgezondheidsdiensten, de RIAGG's, de RIGG's, de ziekenfondsen, sociaal-pedagogische diensten, gemeenschappelijke medische diensten, de centrale posten ambulancevervoer, schoolartsendiensten, jeugd tandzorg. De huidige situatie is dus nog ver verwijderd van een samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen per regio.

4. ECHELONNERING EN VERSTERKING VAN DE EERSTE LIJN

4.1. Inleiding

De tweede belangrijke pijler van het volksgezondheidsbeleid is de echelonnering. Het beleid met betrekking tot versterking van de eerste lijn kan in principe gezien worden als een middel om een gelaagde gezondheidszorg te realiseren met een breed eerste echelon, waarop zoveel mogelijk problemen opgelost worden. De versterking van de eerste lijn heeft in het beleid gedurende het afgelopen decennium zo'n prominente plaats ingenomen dat we het hier naast echelonnering als een eigenstandig beleidsdoel behandelen.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. Het bestaat uit twee delen, een over echelonnering in het algemeen en een over versterking van de eerste lijn. In het deel over echelonnering wordt in algemene termen ingegaan op dit beleidsdoel en wordt onder meer aandacht besteed aan de stroomlijning van de ondersteuningsstructuur. Het tweede deel is gewijd aan de versterking van de eerste lijn. Hierin wordt aandacht besteed aan de financierings- en subsidiestromen ten behoeve van de versterking van de eerste lijn; aan de stimulering van samenwerking binnen de eerste lijn en aan het beleid met betrekking tot de vier kerndisciplines afzonderlijk. De plaatsing van de onderwerpen in het eerste dan wel het tweede deel van dit hoofdstuk is enigszins arbitrair; immers een onderwerp als de stimulering van samenwerking binnen de eerste lijn maakt deel uit van de versterking van de eerste lijn, omdat het tot doel heeft het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn te verhogen, maar als beleid, gericht op de horizontale integratie binnen een echelon, kan het ook als uitwerking van de echelonneringsgedachte gezien worden.

4.2. Echelonnering

Echelonnering berust op de gedachte dat het gezondheidszorgsysteem opgebouwd is uit een aantal subsystemen met elk hun eigen karakteristieken. De subsystemen vormen een hiërarchie en de toegang tot hogere echelons vindt plaats door verwijzingen.

In deze zin is echelonnering in de eerste plaats een indelingsprincipe. Voor zover echter de werkelijkheid van de gezondheidszorg afwijkt van dit indelingsprincipe en er bijvoorbeeld functionele

overlappingsen tussen echelons zijn, geeft het ook de richting aan van een herstructureringsproces.

Om dit herstructureringsproces te realiseren zijn sinds de Structuurnota beleidsvoornemens en -maatregelen geuit, respectievelijk genomen. Deze zijn in te delen in drie groepen:

- a) beleidsvoornemens en -maatregelen om te komen tot gescheiden, maar intern samenhangende echelons;
- b) beleidsvoornemens en -maatregelen ter versterking van de positie van het eerste echelon;
- c) beleidsvoornemens en -maatregelen om te komen tot afstemming van de relaties tussen verschillende echelons.

Zoals gezegd, wordt het beleid met betrekking tot de versterking van de eerste lijn apart in het volgende deel van dit hoofdstuk besproken. De beleidsvoornemens en -maatregelen om te komen tot gescheiden, maar intern samenhangende echelons en tot afstemming van de relaties tussen de echelons zijn weergegeven in schema 2 (zie volgende pagina).

De uitgangspunten van de echelonering als herstructureringsproces van de gezondheidszorg zijn vastgelegd in de Structuurnota. In de jaren na 1974 zijn deze uitgangspunten in de diverse beleidsnota's toegespitst, geherformuleerd en deels omgezet in concrete beleidsmaatregelen. Bij de bespreking van de effecten van het beleid gaan we uit van de onderwerpen die in de eerste kolom van het schema genoemd zijn.

Horizontale, functionele integratie binnen de echelons.

De belangrijkste beleidsmaatregel op dit terrein is de stimulering van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg door middel van gerichte subsidies. De effecten van deze stimulering worden in extenso behandeld in paragraaf 4.3.2 over samenwerking in het volgende deel van dit hoofdstuk. Vermeldenswaard is dat de integratie van de gezondheidszorgsector van de eerste lijn (de huisarts en de wijkverpleegkundige) en de maatschappelijke dienstverlening (algemeen maatschappelijk werk en gezinszorg) meer en meer de expliciete aandacht krijgt. In het concrete beleid heeft zich dat geuit in de wetgevingsactiviteit bij de integratie van WVG en KSW; in eerste instantie door afstemming van de planning en na de intrekking van de Kaderwet door de WGM. Ofschoon het beleid in deze niet geleid heeft tot een wettelijke regeling waarin de integratie van eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening

Schema 2: Beleidsvoornemens en -maatregelen om te komen tot gescheiden, maar intern samenhangende echelons en tot afstemming van de relaties tussen de echelons

	STRUCTUURNOTA 1974	NOTA KOSTENBEHEERSING 1976	SCHETS VAN DE ELGZ 1980	VOLKSGEZONDHEID b.b.m. 1983	NOTA ELZ 1983
Beleidsvoornemens	<ul style="list-style-type: none"> - horizontale, functionele integratie binnen echelons - stroomlijning van financiering, administratie en ondersteuning - substitutie naar doelmatigste voorziening binnen één echelon en naar lagere echelons - verwijzing als toegang tot hogere echelons 	<ul style="list-style-type: none"> - regels stellen ten aanzien van aard, omvang, spreiding en kwaliteit van de voorzieningen - samenhangend en sluitend stelsel van intra- en extramurale voorzieningen 	<ul style="list-style-type: none"> - nauwe samenhang, samenwerking en afstemming van elgz en maatschappelijke dienstverlening - streven naar beperkt aantal financieringsbronnen van de elgz - kritische bezinning op de taken van hulpverleners in de eerste lijn die leidt tot vaststellingen op het gebied van preventie/screening, geneesmiddelenvoorziening, zorg voor gehandicapten, psychosociale hulpverlening, verloskunde en jeugdgezondheidszorg - overleg landelijke elgz organisaties - samenhangende ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn - verbetering van samenhang en samenwerking tussen eerste en tweede lijn - experimenten met elgz-werkers vanuit geïntegreerde organisatiestructuur 	<ul style="list-style-type: none"> - wijziging stelsel ziekte-kostenverzekering 	<ul style="list-style-type: none"> - eerstelijnsvoorzieningen onderling en eerste- en tweedelijnsvoorzieningen moeten met elkaar in evenwicht worden gebracht en afgestemd - hst verder tot ontwikkeling brengen van multidisciplinaire ondersteuning - budgettering eerstelijnsvoorzieningen
Beleidsmaatregelen	<ul style="list-style-type: none"> - globale bepaling van de grenzen van de echelons - herziening financieringsstructuur; wetsvoorstel Volksverzekering 	<ul style="list-style-type: none"> - wetsonwerp gezondheidsvoorzieningen - Financieel Overzicht Gezondheidszorg 	<ul style="list-style-type: none"> - scheppen van financiële voorwaarden op tijdelijke basis voor de regionale ondersteuningsplatforms - verbetering van de nazorg door nazorgfunctionarissen bij de kruisorganisaties subsidiabel te stellen - vergroting van de diagnostische mogelijkheden van de elgz door diagnostische centra 	<ul style="list-style-type: none"> - project Almere stimuleren en financieren van ondersteuningsstructuur voor de elgz 	<ul style="list-style-type: none"> - opnemen in de erkenningsnormen van ziekenhuizen en verpleeghuizen van de verplichting mee te werken aan nazorg - verbetering van de toegang van huisartsen en verloskundigen tot verloskundige faciliteiten van ziekenhuizen - werkafspraken tussen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen

tot stand gebracht is, is als indirect of begeleidend effect van het beleid de toenadering tussen de landelijke organisaties van deze vier disciplines te noemen. Het in de Schets van de eerste lijn genoemde voornemen het overleg van de landelijke eerstelijnsorganisaties te bevorderen is daarmee gerealiseerd.

Stroomlijning van financiering, administratie en ondersteuning.

Als concrete beleidsmaatregel werd in de Structuurnota de herziening van de financieringsstructuur met het wetsvoorstel Volksverzekering genoemd. De Volksverzekering is er nooit gekomen, maar er is op het gebied van de stroomlijning van financiering, administratie en ondersteuning wel een aantal belangrijke maatregelen tot stand gekomen. De beide andere delen van het drieluik, de WVG en de WVG, zijn in een aantal opzichten wel gerealiseerd (de WVG is in het vorige hoofdstuk aan de orde geweest; de WVG is voor de stroomlijning in het eerste echelon van veel minder belang dan in het tweede echelon). Ofschoon meer een stroomlijning van de informatie over de financiering dan van de financiering zelf, is de realisatie van het jaarlijkse Financiële Overzicht Gezondheidszorg (en maatschappelijke dienstverlening) van belang vanwege het inzicht dat het geeft in de financieringsstromen naar de verschillende echelons. Een uniforme financiering van de vier kerndisciplines in het eerste echelon is niet tot stand gekomen.

De ondersteuning van het eerste echelon is een verhaal op zich. Vanuit de echelonneringsgedachte heeft in beleidsvoornemens altijd de nadruk gelegen op een geïntegreerde ondersteuningsstructuur voor de belangrijkste disciplines binnen de eerste lijn gezamenlijk. De steun die aan het toenmalige S-1 project gegeven werd is daar een uiting van en op gedecentraliseerd niveau zijn Regionale Ondersteuningsplatforms (ROP's) tot stand gekomen en hebben een aantal grote steden een eigen ondersteuningsstructuur. De ondersteuningsplatforms werken soms provinciaal, soms regionaal en soms stedelijk, zoals in Amsterdam en Rotterdam. De ROP's zijn actief geweest bij het oprichten en begeleiden van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en bij het totstandbrengen van op elkaar afgestemde werkgebieden van de verschillende disciplines. Per 1 januari 1986 is daarnaast gestart met het Landelijk Bestuurlijk Overleg van de vier kerndisciplines, zoals de naam al zegt een bestuurlijk overleg over samenwerking en afstemming, en is de Vereniging AIIS opgericht (Algemene Thuiszorg in Samenwerking) als voortzetting van het werk van S-1. Samenwerking op het gebied van deskundigheidsbevordering werd tot nu toe door het

KODEBEL (Koördinatiepunt Deskundigheidsbevordering Eerstelij) gestimuleerd en ondersteund, het voortbestaan van dit orgaan staat echter ter discussie.

De belangrijkste concrete beleidsmaatregel die recentelijk gerealiseerd is, heeft betrekking op de uit het Convenant van overheid en Landelijke Huisartsen Vereniging voortvloeiende ondersteuningsstructuur voor de huisarts; ondersteuning van een afzonderlijke discipline dus. Met behulp van de subsidiegelden die hiervoor ter beschikking gesteld zijn, is in zeer korte tijd een regionaal gedecentraliseerde ondersteuningsstructuur tot stand gebracht. Men zou deze maatregel kunnen zien als een inhaaloperatie op het gebied van de monodisciplinaire ondersteuning. Immers, vergeleken met de andere kerndisciplines is de verhouding tussen directe zorgverlenende werkers en ondersteunende functionarissen bij de huisartsen het laagst.

Substitutie naar de doelmatigste voorzieningen.

Het gaat hier zowel om substitutie binnen één echelon als van hogere naar lagere echelons.

Het meest aansprekende voorbeeld van verschuiving van patiëntenstromen binnen één echelon naar een meer doelmatige voorziening is de verschuiving van klinische naar poliklinische zorg in het tweede echelon. Binnen de eerste lijn is in dit verband de handhaving van de positie van de verloskundige van belang. Hoewel niet tot de vier kerndisciplines behorend willen we daar toch heel kort iets over zeggen. Er zijn niet zozeer beleidsmaatregelen genomen om die positie te handhaven; het is eerder zo dat niet toegegeven is aan de druk om de positie van de verloskundige ter discussie te stellen. Het effect hiervan is geweest dat het aandeel van verloskundigen bij de leiding van bevallingen nagenoeg constant gebleven is gedurende de afgelopen vijftien jaar. Gynaecologen hebben wel een groter aandeel in de verloskundige zorg gekregen, maar dat is niet ten koste gegaan van de verloskundige maar van de huisarts (Boerma, 1983). Een verschuiving van kraamzorg naar de tweede lijn is overigens ingeperkt door de aparte medische indicatie voor bevalling en kraamzorg waardoor de kraamzorg ook bij een ziekenhuisbevalling thuis kan plaatsvinden.

Het beleid met betrekking tot de verschuiving van hogere naar lagere echelons is vooral geconcretiseerd op het gebied van de beddenreductie van de ziekenhuizen. Een evaluatie hiervan valt buiten het bestek van dit rapport.

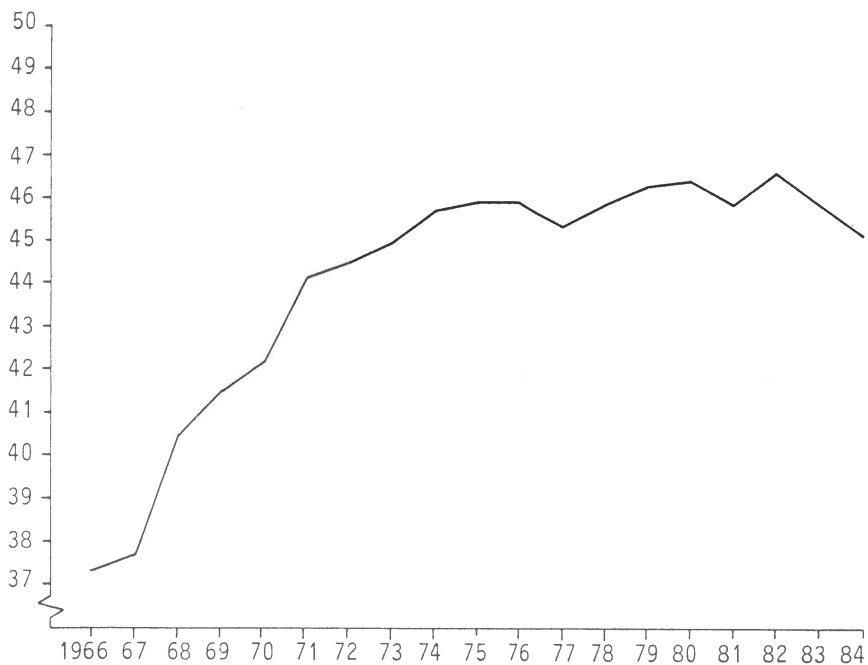
In ieder geval is een kortere ligduur en een snellere doorstroming van patiënten van tweede naar eerste lijn bereikt, maar in hoeverre

dit beïnvloed is door de beddenreductie en de budgettering van de ziekenhuizen is niet bekend. Vaststaat dat de min of meer autonome ontwikkeling naar een kortere ligduur vooral ook te danken is aan medisch-technologische vernieuwingen (Sloan en Valona, 1986). In de eerste lijn zijn beleidsmaatregelen genomen om deze snellere doorstroming op te kunnen vangen maar alleen op het gebied van coördinatie van de verpleegkundige zorg.

Verwijzing als toegang tot de hogere echelons.

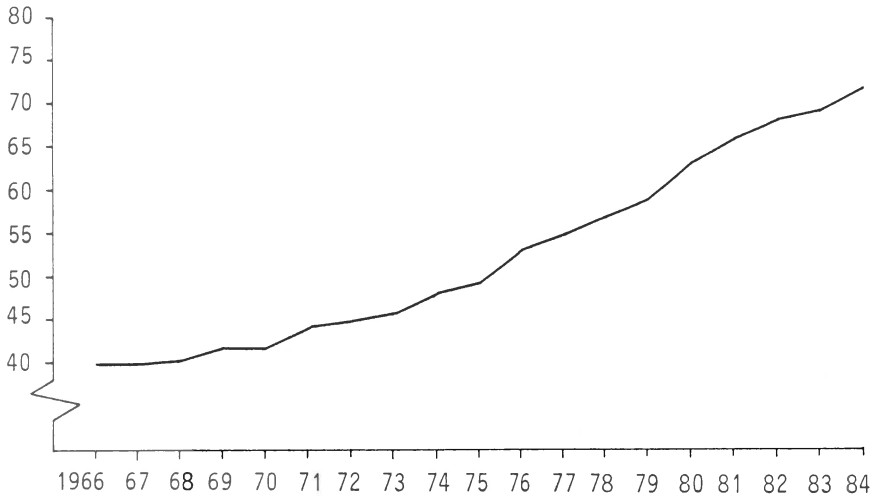
Een belangrijke verworvenheid van de Nederlandse gezondheidszorg in vergelijking tot ons omringende landen is de getrapte toegang tot het tweede echelon via de verwijzing door de huisarts. Het beleid van versterking van de eerste lijn en vooral van de positie van de huisarts (bijvoorbeeld door verkleining van de huisartspraktijk) heeft tot doel gehad de stijging van het aantal verwijzingen naar de

Figuur 2: Aantal verwijzingen per 100 ziekenfondsverzekerden over de periode 1966 tot en met 1984



Bron: CBSH = Centraal Bureau Specialisten Honorering

Figuur 3.: aantal specialisten per 100.000 inwoners



Bron: Van der Zee, 1985

tweede lijn tot staan te brengen. Ofschoon het de vraag is in hoeverre een directe relatie gelegd kan worden tussen dit beleid en de ontwikkeling van het verwijscijfer, is er na een aanvankelijk sterke stijging sinds 1974 sprake van een stabilisering van het verwijscijfer (Van der Zee, 1985). Zie figuur 2. De verwijscijfers zijn afkomstig van het C.B.S.H. (Centraal Bureau Specialisten Honorering). Deze stabilisering is opmerkelijk als men in aanmerking neemt dat er continue groei van het aantal specialisten heeft plaatsgevonden. (zie figuur 3).

De Structuurnota heeft de globale grenzen van de echelons vastgelegd. Het herstructureringsproces dat in de jaren na deze nota gestalte heeft gekregen, is voor een belangrijk deel gericht geweest op de versterking van het eerste echelon, zowel door maatregelen die de integratie van het eerste echelon gestimuleerd hebben als door maatregelen die zich op de afzonderlijke disciplines gericht heb-

ben. Het volgende deel van dit hoofdstuk is geheel hieraan gewijd.

4.3. Versterking eerstelijnsgezondheidszorg

4.3.1. Versterking ELGZ door subsidies

Was bij regionalisatie en decentralisatie de wetgeving het belangrijkste beleidsinstrument, bij versterking van de eerste lijn is het verstrekken van subsidies het meest gebruikte middel. Dit betekent, haast per definitie, een 'verruimend' beleid. Er is doorgaans sprake van een centrale beleidsvoering wat in dit geval wil zeggen dat de subsidies direct ten goede komen aan hulpverlenersorganisaties of ondersteuning daarvan.

In deze paragraaf geven we eerst een overzicht van een aantal subsidies die vanaf 1974 ten goede komen aan de eerstelijns. Vervolgens maken we een specificatie van de bedragen die expliciet onder de begrotingspost 'Versterking van de ELGZ' genoemd worden. Nadere bijzonderheden per discipline komen in paragraaf 4.3.2 tot en met 4.3.6 aan de orde. Vooraf zij opgemerkt dat we ons beperkt hebben tot de grote lijnen en geen volledigheid pretenderen. Vooral door verschuivingen in de financiering was het voor een aantal posten niet mogelijk betrouwbare cijferreeksen vanaf 1974 samen te stellen.

In tabel 7 (zie volgende pagina) laten de begrotingsposten voor herstructurering/regionalisering en voor versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg de meest in het oog lopende stijging sinds 1974 zien. De stagevergoeding voor adspirant huisartsen is sinds 1974 opgenomen omdat het wettelijk niet mogelijk was de onkosten van het zevende opleidingsjaar van adspirant huisartsen ten laste te laten komen van het departement van Onderwijs en Wetenschappen. De subsidies voor de categorale aspecten van de eerstelijnsgezondheidszorg vertonen ook een flinke stijging; het betreft echter zo'n diversiteit aan projecten dat het te ver voert om daar op deze plaats dieper op in te gaan. De subsidies voor opleidingen en voor examens blijven na 1980 vrij stabiel, zo rond de 20 miljoen gulden per jaar. De versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg komt het duidelijkst tot uiting in de gelijknamige begrotingspost. We werken deze post verder uit (zie tabel 8).

In figuur 4 zijn de toegestane subsidies sinds 1974 en het vermoedelijk beloop ervan in een grafiek uitgezet. De exacte bedragen zijn achterin het rapport (bij noot 5) vermeld.

De extra gelden voor regionalisatie, herstructurering en kruiswerk zijn in deze bedragen niet inbegrepen. De subsidies voor bijzondere

Tabel 7: geraamde bedragen op de Rijksbegrotingen van 1974 - 1986 in duizenden guldens

	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87
- regionalisatie/ herstructurering ¹	-	-	1.170	1.304	1.202	5.277	15.343	14.856	13.728	24.500	28.948	33.743	39.243	41.190
- versterking ELGZ	1.850	2.500	5.340	11.000	11.050	9.028	8.830	9.323	8.092	8.988	12.430	17.507	31.234 ²	32.535 ²
- versterking ELGZ in proefgemeenten ³	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.142	.431	.471
- categorale aspecten ELGZ ⁴	-	-	1.156	1.208	1.375	1.400	1.471	2.451	2.868	4.095	10.483	11.055	10.990	7.607
- stagevergoeding adspirant huisartsen ⁵	5.209	6.630	7.008	7.000	8.413	10.086	10.909	11.664	12.830	12.050	12.361	12.277	12.493	14.393
- subsidies opleidingen volksgezondheid ⁶	10.548	11.581	17.686	20.780	23.725	25.539	30.500	18.524	21.487	17.892	18.895	18.438	18.259	22.929
- examens opleidingen volksgezondheid ⁷	1.305	1.465	1.395	1.418	1.635	1.516	1.516	2.002	2.094	2.060	2.115	2.049	1.982	3.011
- herstructurering kruiswerk ⁸	1.500	2.371	15.170	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 7x24 uurs bereik- baarheid AMW	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.000	4.000	4.000

¹ Van 1976 t/m 1978 zijn dit gelden voor regionalisatieprojecten. Voor het begrotingsjaar 1979 wordt deze post omgedoopt in Herstructurering gezondheidszorg. Alleen voor de jaren 1980, 1982 en 1985 wordt een summierere specificatie gegeven. Voor regionalisatie projecten is voor de genoemde jaren respectievelijk 6, 4 en 7 miljoen beschikbaar.

² Inclusief de circa 8 miljoen voor de ondersteuning huisartsen.

³ Voor 1984 is geen specificatie voorhanden.

⁴ Tot 1981 is hier de post buitenlandse werknemers opgevoerd. Na 1982 is de post samengesteld uit diverse andere oude posten, waaronder de stichting Werkwinkel (1980 f 0,13 miljoen; 1981 f 0,16 miljoen). Werkgroep 2000, tolkencentra etc. Herschikking vindt echter jaarlijks plaats. In 1984 wordt de post 'Beleid t.a.v. patiënten c.q. cliëntenorganisaties' opgevoerd. Deze post viel daarvoor onder 'Categorale aspecten' en 'Uitvoering nota Patiëntenbeleid'. Deze post 'Beleid' komt in 1987 weer terug onder 'Categorale aspecten'. De post 'Uitvoering nota Patiëntenbeleid' wordt in 1983 opgevoerd maar valt in 1985 weer onder 'Categorale aspecten'. De hier genoemde cijfers zijn de totalen van alle hierboven genoemde posten. In 1987 wordt 5,5 miljoen t.b.v. het kruiswerk overgeheveld naar de AFBZ.

⁵ Deze post verschijnt in 1974 voor het eerst op de begroting.

⁶ Hoewel niet uitsluitend betreft het merendeel van de subsidies de diverse beroepsgroepen in de eerste lijn. In 1981 worden de bedragen van de MBO-V-opleidingen overgeheveld naar het departement van Onderwijs en Wetenschappen.

⁷ Ook deze bedragen zijn wel grotendeels maar niet uitsluitend voor de eerstelijns opleidingen.

⁸ Na 1976 zijn de extra gelden voor herstructurering opgenomen in het gehele subsidiebedrag voor het kruiswerk.

Tabel 8: Specificatie begrotingspost versterking eerstelijnsgezondheidszorg: ramingen en (vermoedelijk beloop) in 1000 gulden

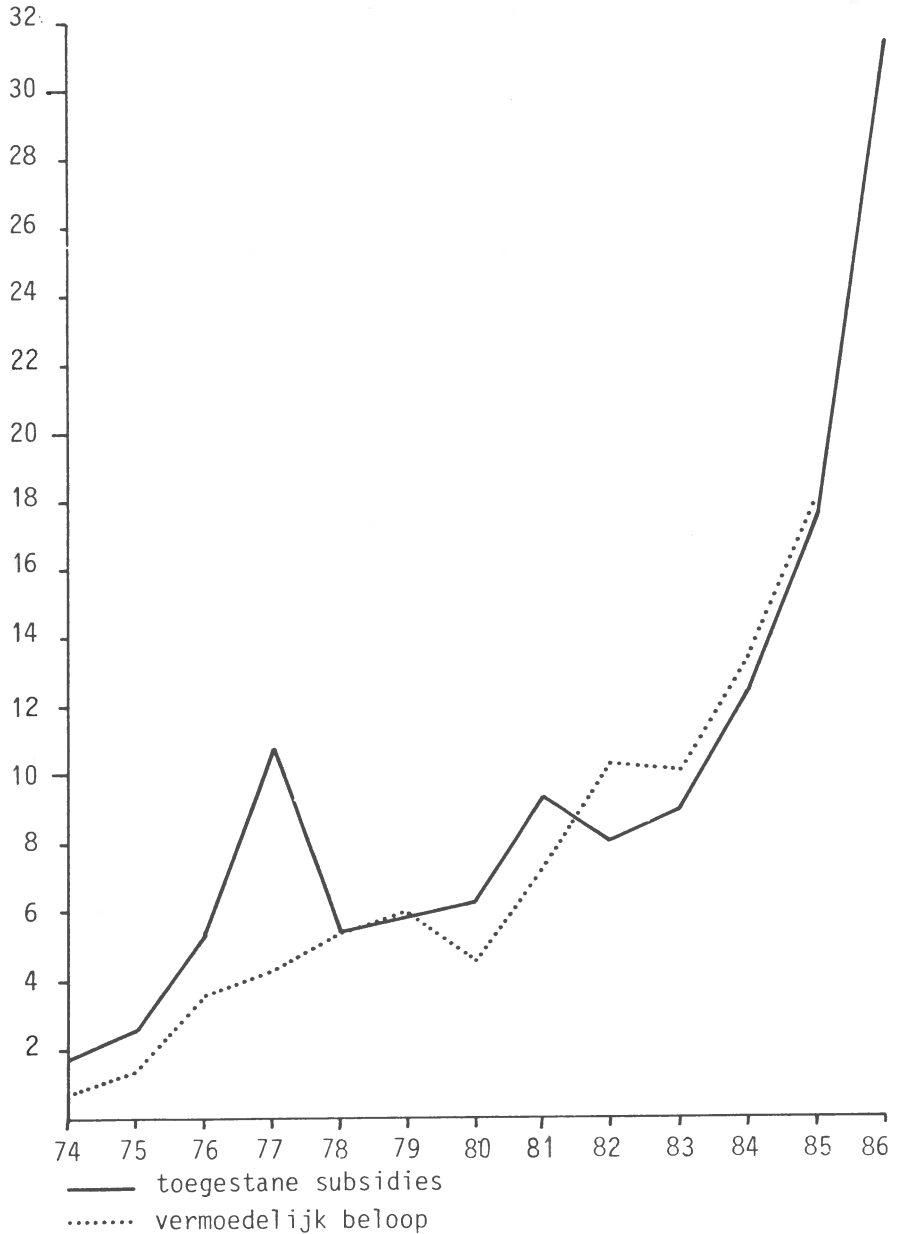
	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Stimuleringsregeling gezondheidscentra	1.500 (759)	2.500 (1.265) ²	3.000 (2.140)	5.000 (1.553)	3.985 (4.901)	³ (4.483)	4.680 (3.640)	5.000 (4.829)	5.088 (6.135)	5.000 (5.378)	³ (8.200)	9.280 (8.500)	13.819	14.427
Bijzondere experimen- ten/activiteiten	350	-	2.340	6.000	7.065		3.089	3.262	1.498	1.980		3.500	4.100	5.694
Landelijke en regionale ondersteuning ELGZ							1.061	1.061	1.506	2.008		4.727	5.315	4.426
Ondersteuning huisart- sen													8.000 ²	7.988
Totaal	1.850	2.500	5.340	11.000	11.050	9.028	8.830	9.323	8.092	8.988	12.430	17.507	31.234	32.535

1. Voor 1979 en 1984 zijn geen specificaties voorhanden.

2. Stichting Ondersteuning Huisartsen 5,6 miljoen; deskundigheidsbevordering 2,4 miljoen.

Figuur 4: Toegestane subsidies ter versterking van de eerste lijn sinds 1974 en vermoedelijk beloop

miljoenen
gulden:



experimenten en activiteiten betreffen consultatieprojecten, de experimenten met diagnostische centra, diverse samenwerkingsprojecten en deskundigheidsbevordering.

Van 1974 tot en met 1981 wordt jaarlijks minder uitgegeven aan versterking van de eerste lijn dan is toegestaan (het jaar 1979 vormt hierop een uitzondering). Hier ziet men de teleurstellende situatie ontstaan dat de overheid wel de middelen ter beschikking stelt maar dat de activiteiten in de eerste lijn achterblijven bij de verwachtingen. De oorzaak hiervan ligt vooral in het feit dat overleg over een doelmatige besteding van de beschikbare gelden meer tijd vergt dan werd aangenomen. De grootste onderschrijding vindt plaats bij de subsidiëring van gezondheidscentra, de consultatieprojecten, het experiment diagnostische centra en de oprichting van regionale platforms. Na 1981 zien we de omgekeerde situatie ontstaan, de uitgaven overschrijden dan jaarlijks de toegestane bedragen.

Na 1983 valt jaarlijks een sterke stijging van het subsidiebedrag op en in 1986 stijgt de subsidie zelfs met 44% vergeleken met 1985. Dit wordt veroorzaakt door de extra subsidie van 8 miljoen voor de Stichting Ondersteuning en Deskundigheidsbevordering Huisartsen en voor het eerst een bedrag van 5,9 miljoen uit de herallocatiegelden.

Tot 1979 wordt jaarlijks ongeveer eenderde van de subsidies aan gezondheidscentra besteed, eveneens eenderde aan consultatie aan en ondersteuning van de ELGZ en het overige bedrag aan diverse experimenten en activiteiten. Vanaf 1979 tot nu toe ligt het zwaartepunt op de subsidies aan gezondheidscentra, globaal gezien jaarlijks ongeveer de helft van het totale bedrag. Ongeveer een kwart van de bedragen wordt besteed aan ondersteuning van de ELGZ, zowel landelijk als regionaal. Sinds 1986 verandert deze verhouding doordat 5,6 miljoen gulden extra voor de ondersteuning van huisartsen wordt toegekend. De verhouding wordt dan: samenwerken 52% (16 miljoen), ondersteuning 35% (11 miljoen) en deskundigheidsbevordering 13% (4 miljoen).

Tot zover het overzicht van de algemene subsidies ter versterking van de eerste lijn. Specificaties en aanvullingen hierop komen in de volgende vijf paragrafen aan de orde.

4.3.2. Samenwerken

De belangrijkste beleidsvoornemens op het gebied van samenwerking kwamen al eerder bij regionalisering en echelonnering aan de orde. In het kort komt het erop neer dat multidisciplinaire samenwerking

noodzakelijk is om de hulpverlening op een juiste manier af te kunnen stemmen op de complexe hulpvragen in de eerste lijn. Gemeenschappelijke huisvesting in gezondheidscentra vormt hiervoor een goede basis. Daarnaast moet gestreefd worden naar gelijke doelpopulaties voor de verschillende hulpverleners en naar een geïntegreerde ondersteunings- en financieringsstructuur.

In schema 3 zijn de beleidsvoornemens vanaf 1974 nog eens overzichtelijk weergegeven (zie vorige pagina).

De concrete beleidsmaatregelen bestaan voornamelijk uit financiële tegemoetkomingen om de extra kosten die aan samenwerking verbonden zijn te dekken. De belangrijkste regelingen zijn de Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra en de Voorlopige Richtlijnen in het kader van artikel 52 van de AWBZ. De Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra dateert van 1974 (een voorlopige versie) en werd al snel verruimd, waardoor ook samenwerkingsverbanden zonder gemeenschappelijke huisvesting voor financiële steun in aanmerking konden komen. In de vernieuwde regeling uit 1986 zijn beide aspecten, de regeling voor gezondheidscentra en de regeling voor lichter gestructureerde samenwerkingsverbanden verder uitgewerkt. De Voorlopige Richtlijnen inzake financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden werd in 1978 door de Ziekenfondsraad goedgekeurd en is in oktober 1986 veranderd in het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra. Vanuit de Ziekenfondswet kunnen huisartsen in groepspraktijken sinds 1979 een beroep doen op de Integrale Kostenvergoedingsregeling (IKV).

Maatregelen ter ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking zijn in de vorige paragraaf al genoemd, hiervan is vooral de oprichting van S-1 relevant (in 1985 min of meer overgegaan in de Vereniging Algemene Thuiszorg in Samenwerking (ATIS), de oprichting van Kodebel en het instellen van ROP's.

Tot zover de belangrijkste beleidsmaatregelen voor een totaaloverzicht verwijzen we naar schema 3.

Wat de resultaten zijn van al deze maatregelen wordt hierna geïllustreerd aan de hand van de toename van het aantal samenwerkingsverbanden sinds 1974 en een aantal aspecten die daar direct mee samenhangen, zoals afstemming van doelpopulaties, het werken in dienstverband, de verschillende vormen van overleg en last but not least de inbreng van de gebruikers. Tot slot wordt ingegaan op mogelijke oorzaken van de stagnatie in de groei van gezondheidscentra.

Schema 1.: beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen betreffende multidisciplinaire samenwerking

	STRUCTUURNOTA 1974	NOTA KOSTENONTWIKKELING 1979	SCHETS VAN DE ELGZ 1980	VOLKSGEZONDHEID b.b.m. 1983	NOTA ELZ 1983
Beleidsvoornemens	huisartsen bij voorkeur in samenwerkingsverbanden met wijkverpleging, AGGZ en andere hulpverleners in de welzijnszorg mogelijkheden voor wijkgezondheidscentra	mogelijkheid tot vestigingsregulering (afstemming van aanbod op vraag door gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband	<ul style="list-style-type: none"> - kansen bieden aan hulpverleners die in samenwerkingsverbanden (willen) samenwerken - aanbevelingen begeleidingsgroep stimuleringsregeling nader uitwerken - bevorderen meer geïntegreerde ondersteuningsstructuur en financiering voor de eerste lijn - (tijdelijke) financiële voorwaarden scheppen voor ROP's - bestuderen opleidingsaspecten managementfuncties in de eerste lijn 	aanwending gereserveerde middelen verkleining huisartspraktijken voor stimulering van samenwerkingsverbanden	<ul style="list-style-type: none"> - samenhangende eerste lijn door samenwerking binnen geografisch aaneengesloten gebieden van 30.000 inwoners - streven naar 80% congruente doelpopulaties - communicatiestructuur voor overleg/consultatie/informatie - meer aandacht voor samenwerking en kennis van andere disciplines bij opleiding en nascholing - bevorderen onderzoek effecten samenwerking - stimulering van overleg tussen disciplines en voorzieningen ter vergelijking en vaststelling van takenpakketten - bevorderen eerstelijns-ondersteuningsstructuur - belangrijke bijdrage gemeenten aan afstemming en samenwerking en kwaliteit en efficiëntcyverbetering in de eerste lijn
Beleidsmaatregelen	<ul style="list-style-type: none"> - instelling begeleidingsgroep stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra - instelling ontwikkelingsfonds wijkgezondheidscentra 	<ul style="list-style-type: none"> - goedkeuring door ziekenfondsraad van Voorlopige Richtlijnen financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden - rapport begeleidingsgroep stimuleringsregeling over financiële en juridische aspecten en huisvestingsproblemen van gezondheidscentra 	<ul style="list-style-type: none"> - verruiming stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra tot stim. reg. voor samenwerkingsverbanden in de elgz - lagere inwonersnorm voor wijkverpleging in gez. centra - diverse projectsubsidies - contactgroep van centra voor gezondheidszorg en maatsch. diensverlening - nat. overleg Beleid Eerstelijns (NOBEL) - S₁ project - ontwikkelingen van regionale beleids- en serviceplatforms 	project gezondheidszorg Almere	<ul style="list-style-type: none"> - NHI onderzoek Samenwerken en verwijzen - veel ander onderzoek m.b.t. samenwerking (ook door ziekenfondsen en Praeventiefonds) - ontstaan LVG - veel financiële ruimte praktijkverkleining huisartsen aangewend voor stimuleringsregeling en voorlopige richtlijnen - bevorderen en uitbreiden onderzoek en registratie samenwerking eerste lijn - bevordering gemeenschappelijke verzorgingsgebieden met betrekking tot erkenningsvoorwaarden en planning in kader van WVG/WGM - ontwikkelen en vaststellen van plankaders voor eerste lijn en maatschappelijke dienstverlening t.b.v. gemeentelijke planning

We beginnen met een overzicht van de subsidies voor multidisciplinaire samenwerking sinds 1974.

Subsidies van Rijksoverheid en Ziekenfondsraad in verband met multidisciplinaire samenwerking

Vooraf in de beginperiode van het ontstaan van gezondheidscentra waren er diverse bronnen waaruit subsidie verkregen werd: Preventiefonds, Bijzonder Regionaal Welzijnsbeleid, Aanvullende Civieltechnische Werken, gemeentelijke- en andere subsidies. De twee belangrijkste subsidiebronnen zijn evenwel die van de Rijksoverheid krachtens de Stimuleringsregeling Samenwerkingsverbanden en die van de Ziekenfondsraad (ex artikel 52 AWBZ). Onderstaande bedragen werden daarvoor begroot vanaf 1974 (tabel 9).

Tabel 9: Begrote bedragen Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten en Stimuleringsregeling ten behoeve van multidisciplinaire samenwerking vanaf 1974 (in miljoen gulden)

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
AFBZ begroting	0,10	0,24	0,18	0,29	0,28	6,00	8,15	11,66	13,10	16,50*	12,50*	7,36*		
Vomil/WVC begroting	1,50	2,50	3,00	5,00	4,00	4,00	4,96	5,00	5,09	5,0	8,00**	9,28	13,82	14,43

* Ten gevolge van correcties over voorgenoemde jaren zijn de werkelijk uitgekeerde bedragen zeer aanzienlijk lager.

** Bedrag bij benadering

(Bronnen: Jaarverslagen Ziekenfondsraad; Begrotingsbehandeling Vomil/WVC; FOGM 85-87)

Vanaf 1979, als de Ziekenfondsraad de Voorlopige Richtlijnen heeft goedgekeurd, stijgen de begrote subsidiebedragen in een aantal jaren tot ruim 16 miljoen gulden, om daarna in twee jaar tot minder dan de helft te worden gereduceerd.

De totstandkoming van de Voorlopige Richtlijnen leidt dus tot een aanzienlijke vraag en een sterke stijging van gereserveerde gelden. Na verloop van tijd echter blijken dergelijke bedragen niet nodig voor het voldoen van de goedgekeurde aanvragen; de gereserveerde bedragen dalen en bovendien worden ze door correcties uit voorgaande jaren slechts voor ongeveer een kwart verbruikt.

De gelden die op de Vomil/WVC begroting staan voor de Stimuleringsregeling gaan na 1983 sterk stijgen; danzij een benutting van heralocatiegelden bij de verandering van de FOGM-systematiek.

Ontwikkeling samenwerkingsverbanden en deelname disciplines

Bevordering van multidisciplinaire samenwerking in gezondheidscentra

wordt al expliciet genoemd in de Structuurnota in 1974. Sedertdien is het aantal van die centra sterk toegenomen. Onderstaande tabel laat dat zien. Over hometeams zijn pas sinds kort betrouwbare gegevens beschikbaar; hiervan zijn de aantallen van de laatste twee jaar vermeld.

Tabel 10: Aantal gezondheidscentra (1974-1987) en home-teams (1986-1987)

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
gezondheidscentra	21	34	42	56	73	81	88	97	107	120	131	140	143	146
hometeams													391	425*

* Voorlopig aantal

(Bronnen: Warmenhoven, 1986; Boerma, 1986.)

Er zijn veel meer hometeams dan gezondheidscentra. Hoe het aantal hometeams zich heeft ontwikkeld vanaf 1974 weten we niet. Het aantal gezondheidscentra neemt de laatste jaren nog maar weinig toe. Gezien de beleidsdoelstellingen wordt het groeitempo te laag geacht (Nota 2000). Figuur 5 (zie volgende bladzijde) laat de jaarlijkse bruto toename zien, uitgesplitst naar verschillende soorten vestigingsplaatsen. De geringe verschillen met tabel 10 worden veroorzaakt doordat sommige centra verdwenen zijn of niet meer aan de criteria voldoen.

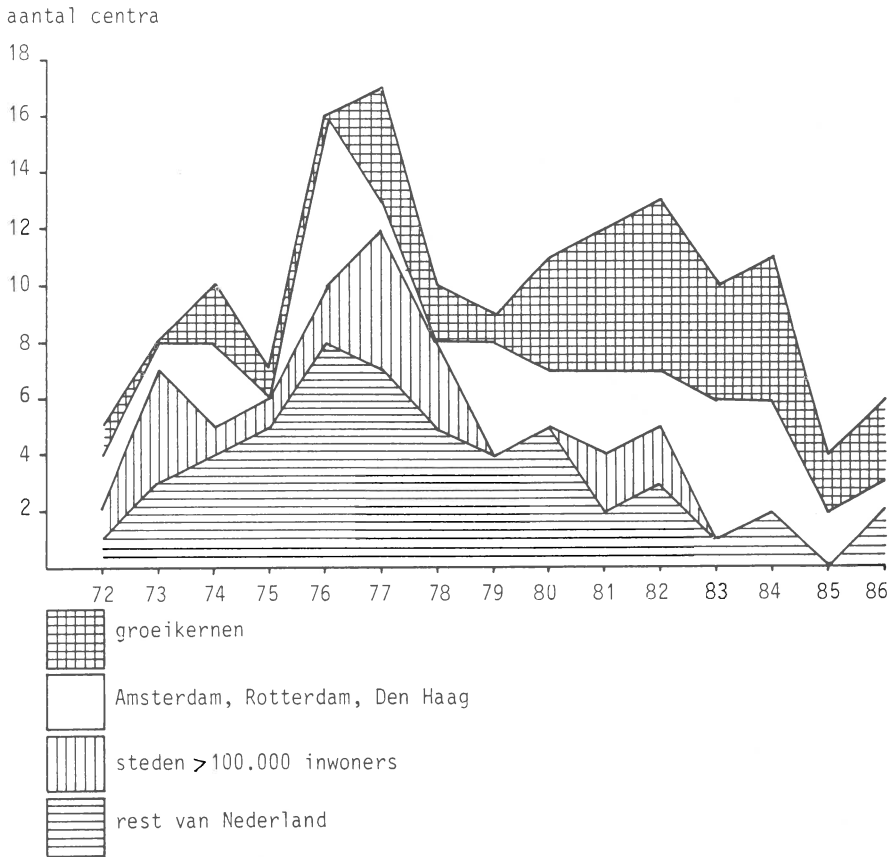
De verminderde groei is duidelijk zichtbaar. De groei die er de laatste jaren is geweest is voor het grootste deel afkomstig van nieuwe centra in groeikernen en de drie grote steden (hoofdzakelijk Amsterdam). In de overige grote steden zijn al sinds 1982 geen nieuwe centra meer tot stand gekomen. Ook de toename in de rest van het land is van geringe betekenis.

Het stimuleringsbeleid, dat bijvoorbeeld in de Schets nog werd uitgebouwd, heeft in grote delen van het land dus niet of nauwelijks gewerkt.

De betekenis van het verschijnsel gezondheidscentrum kan in kwantitatieve zin afgelezen worden aan de proporties hulpverleners van verschillende disciplines die er werken.

Figuur 6 geeft de ontwikkeling vanaf 1975.

Figuur 5: jaarlijkse bruto toename gezondheidscentra naar vestigingsplaats 1972-1986



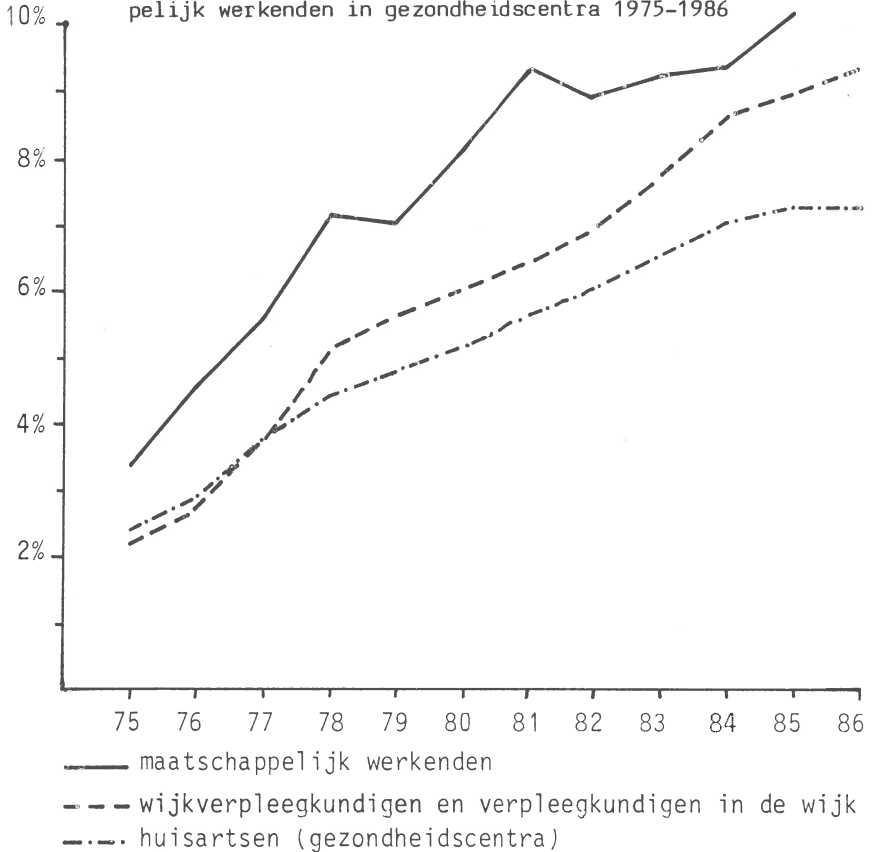
aan de genoemde disciplines zijn maatschappelijk werkenden relatief het meest in gezondheidscentra werkzaam. De knik in de grafieklijn bij 1979 hangt samen met de vacaturestop die ook in de centra voor onvervulbare plaatsen heeft gezorgd. De daling in 1982 en geringe toename in 1983 en 1984 is mogelijk een gevolg van de gedecentraliseerde financiering van het maatschappelijk werk per 1982.

Van 1984 is het percentage huisartsen in gezondheidscentra niet noemenswaardig gestegen.

Figuur 7 geeft de situatie voor zowel gezondheidscentra als home-teams.

Zoals ook al uit voorgaande figuur bleek, is dat deel van de hulp-

Figuur 6: percentage huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden in gezondheidscentra 1975-1986



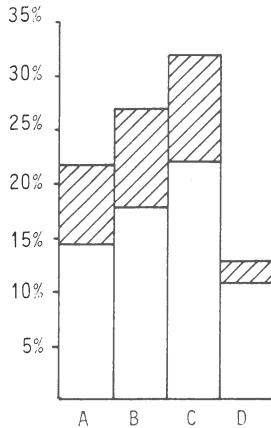
verleners dat in gezondheidscentra werkt betrekkelijk klein: ruim 10% van de maatschappelijk werkenden, ruim 9% van de wijkverpleegkundigen, ongeveer 7% van de huisartsen en slechts ruim 2% van de leidinggevendens gezinsverzorging.

In hometeams participeert bijna 11% van die leidinggevendens gezinsverzorging en van de overige drie disciplines ongeveer het dubbele aantal vergeleken met gezondheidscentra.

Alles bij elkaar zo'n 22% van de huisartsen, 27% van de wijkverpleegkundigen, 32% van de maatschappelijk werkenden en 13% van de leidinggevendens gezinsverzorging.

De verschillen tussen regio's in 'hometeamdichtheid' en 'gezondheidscentrumdichtheid' en daarmee samenhangend het percentage hulpverleners dat daarin samenwerkt, zijn groot. Spreidingsverschillen blijken ook uit figuur 8 op de volgende bladzijde waarin de verde-

Figuur 7: percentage hulpverleners van de vier kerndisciplines in home-teams (per 1985) en gezondheidscentra (per 1986)



□ hometeams

▨ gezondheidscentra

A huisartsen

B wijkverpleegkundigen

C maatschappelijk werkenden

D leiding gezinsverzorging

ling van beide samenwerkingsvormen naar urbanisatiegraad van de vestigingsplaats is gegeven.

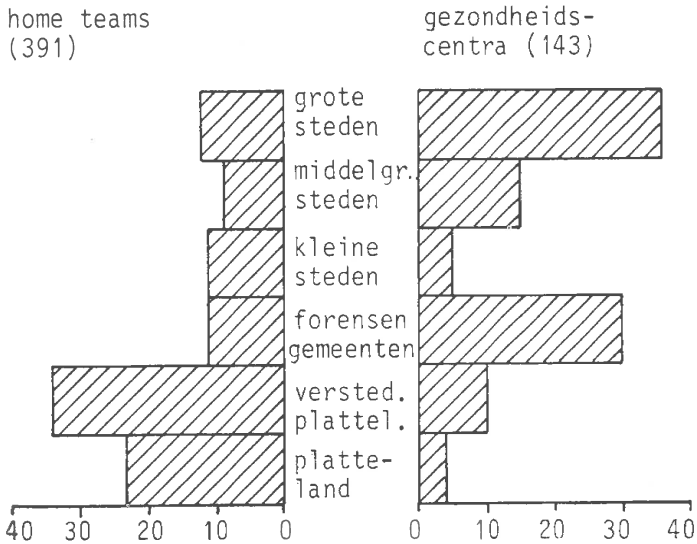
Gezondheidscentra zitten voor een groot deel in de grote steden en de forensengemeenten (onder meer de groeikernen). Het hometeam is een samenwerkingsvorm die we veel aantreffen op het platteland en het verstedelijkte platteland.

Het kaartje (figuur 9) laat de regioverschillen zien in de deelname van huisartsen in home-teams.

Regioverschillen met betrekking tot samenwerking in gezondheidscentra worden voor een niet onbelangrijk deel beïnvloed door het al dan niet aanwezig zijn van grootschalige nieuwbouw of stadsvernieuwing (opheffen van achterstandsgebieden). In reeds gevestigde structuren blijkt het moeilijk een gezondheidscentrum te stichten.

De totstandkoming van een home-team is veel minder 'verstorend'; men blijft werken op het eigen adres. De gevonden verschillen tussen regio's zijn hier dan ook wat minder makkelijk verklaarbaar. Factoren die participatie in hometeams belemmeren zijn recent bij 25

Figuur 8: home-teams en gezondheidscentra naar urbanisatiegraad van de vestigingsplaats

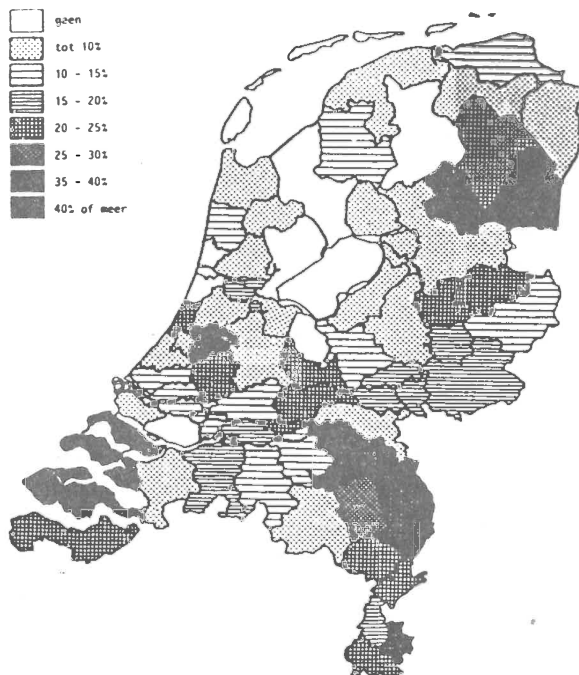


AMW-instellingen geïnventariseerd. Het meest genoemd wordt onvoldoende bereidheid van huisartsen om aan een hometeam deel te nemen en onderbezetting van de instelling zelf. Daarnaast is onvoldoende overlap van patiëntenpopulaties een probleem. Ongeveer de helft van de geïnterviewden streeft niet expliciet naar samenwerking in een hometeam vanwege onder andere de hiervoor genoemde problemen of omdat de betrokkenen tevreden zijn met de bestaande samenwerkingsvormen (bilaterale- en/of ad-hoc contacten).

Afstemming van doelpopulaties

Waar hulpverleners niet voor een belangrijk deel voor eenzelfde populatie werken, ontbreekt het gemeenschappelijke doel voor samen-

Figuur 9: Percentage huisartsen in home-teams.



werking.

In de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt het streven naar onderlinge afstemming van doelpopulaties of werkgebieden dan ook expliciet als beleidsvoornemen geformuleerd. Dit zou geëffectueerd moeten worden met behulp van de erkenningsvoorwaarden en planning in het kader van de WVG/WGM. Zolang deze wet echter nog niet is ingevoerd, zal dit instrument uiteraard niet werken. Wat de afstemming van werkgebieden betreft, dient opgemerkt dat deze in verstedelijkte gebieden met een (lang) bestaande voorzieningenstructuur nauwelijks te realiseren is; praktijkpopulaties van huisartsen wonen verspreid over een groot gebied en door elkaar. Onder dergelijke omstandigheden wordt er nogal eens voor gekozen dat de gedetacheerde wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden uitsluitend werken voor de praktijkpopulaties van de huisartsen; zij werken dan dus niet wijkgebonden.

Tabel 11 (zie volgende pagina) geeft de stand van zaken op drie

momenten.

Momenteel werken de drie disciplines in de helft van de gezondheidscentra wijk- of kleine plaatsgebonden. Deze situatie is duidelijk verbeterd in de loop der jaren.

Tabel 11: werkgebieden van drie kerndisciplines in gezondheidscentra; 1977, 1981, 1986

	1977	1981	1986
- overeenstemmende werkgebieden	32%	36%	52%
- huisartspraktijkgebonden werken van WV en MW	36%	35%	18%
- overige	32%	29%	30%

Huisartspraktijkgebonden werken komt relatief minder voor dan voorheen, hetgeen mede veroorzaakt wordt door het feit dat er de laatste jaren vrijwel geen centra zijn bijgekomen in oudere wijken van steden (momenteel bevindt driekwart van de centra zich in relatieve nieuwbouwwijken). Bij bijna eenderde van de centra, dat percentage is niet veranderd, is de afstemming minder rooskleurig.

In bijna tweederde van de hometeams hebben huisartsen en wijkverpleging eenzelfde werkgebied. Tussen huisartsen en maatschappelijk werk is dat in 45% van de teams het geval. In 36% van de hometeams zijn de werkgebieden van de drie disciplines gelijk.

Dienstverband

In de nota 'Het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op kostenontwikkeling' uit 1979 wordt opgemerkt dat gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband een goede mogelijkheid vormen tot het reguleren van vestigingen oftewel het afstemmen van het aanbod op de vraag. Dienstverband van huisartsen komt vrijwel alleen voor in gezondheidscentra; hoe het er op dit moment voorstaat, laat zich in tabel 12 aflezen.

Totaal achterdertig procent van alle gezondheidscentra heeft een rechtspersoon waarbij één of meer van genoemde disciplines een dienstverband heeft. Het merendeel van bovengenoemden is bij die rechtspersoon in dienst. Andere werkgevers zijn bijvoorbeeld gemeente of kruisvereniging.

Tabel 12: percentage van de disciplines in gezondheidscentra die in dienstverband zijn (1986)

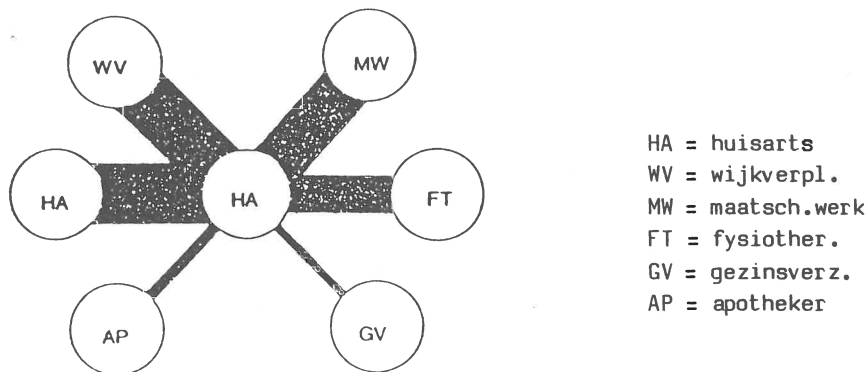
huisartsen	41%
fysiotherapeuten	32%
verloskundigen	15%
tandartsen	23%
apothekers	43%

Samenwerkingsoverleg in verschillende praktijkvormen

Tabel 13 Tijdsbesteding aan geregeld overleg van huisartsen in vier praktijkvormen

huisartsen in:	gemiddeld aantal uren per maand:
solopraktijk	8,5
duopraktijk	22,0
groepspraktijk	19,3
gezondheidscentrum	26,4

Figuur 10: belangrijkste overlegpartners huisartsen in gezondheidscentra (de dikte van de verbindingslijnen houdt verband met de hoeveelheid overlegtijd)



De Voorlopige Richtlijnen en later ook het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra biedt huisartsen en anderen in gezondheidscentra de mogelijkheid voor een toeslag voor samenwerkingstijd; voor huisartsen is dit 15%, voor fysiotherapeuten en verloskundigen 10%.

Tabel 10 geeft een idee van de tijd die huisartsen in verschillende praktijkvormen kwijt zijn aan geregeld overleg.

Figuur 10 laat zien wie de belangrijkste overlegpartners zijn.

De inbreng van gebruikers

Het overheidsbeleid is er al geruime tijd onder meer op gericht geweest de bevolking actiever bij de gezondheidszorg te betrekken. In 1981 verscheen de Nota Patiëntenbeleid en twee jaar later de Voortgangsnota Patiëntenbeleid.

In het kader van de (Voorlopige) Stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden kunnen toeslagen verstrekt worden op het subsidie indien de bevolking daadwerkelijk bij het samenwerkingsverband wordt betrokken.

In 1983 kreeg 76% van de 131 samenwerkingsverbanden die een subsidie uit de Stimuleringsregeling ontvingen de genoemde toeslag vanwege activiteiten ter betrekking van de gebruikers.

Een van de vormen van patiëntenparticipatie is deelname in het bestuur van het gezondheidscentrum. Deze deelname is de laatste jaren behoorlijk toegenomen: in 1979 was er in 25% van de centra sprake van bestuurlijke participatie, in 1985 is dat gestegen tot 50%. Deze stijging is vooral veroorzaakt door de toename van het aantal dienstverbandcentra (in 1979 15%, in 1985 31%).

Tabel 14: aard van de patiëntenparticipatie in dienstverband- en andere centra (1986)

	dienstverband centra	niet-dienst- verbandcentra	totaal
- bestuurlijke participatie	89%	32%	50%
- activiteiten door gebruikers (zoals patiëntenkrant, voor- lichtingsbijeenkomsten, klachtbemiddeling, belangen- behartiging)	64%	41%	47%
- geen participatie	4%	47%	34%

Dienstverbandcentra bieden duidelijk meer kansen voor patiëntenparticipatie dan de niet-dienstverbandcentra. Dat komt zeer sterk tot uiting in de bestuurlijke participatie, maar toch ook bij de overige

activiteiten.

In dienstverbandcentra komt bijna altijd enige vorm van participatie voor. In de overige centra zien we dat bij ruim de helft van de gevallen.

Belemmeringen bij het tot stand brengen van gezondheidscentra

De ontwikkeling van het aantal gezondheidscentra blijft achter bij de verwachting. We zagen al waar de groei de laatste jaren vandaan komt: de groeikernen en Amsterdam in hoofdzaak.

Het registratiesysteem van samenwerkingsverbanden beschikt over een bestand aan (soms al jaren lopende) initiatieven tot gezondheidscentra. In de laatste maanden van 1986 is geïventariseerd waar de belemmeringen zitten bij het voltooien van het initiatief. We geven er hier een korte samenvatting van.

Eind 1986 waren er negentien vrij concrete initiatieven tot oprichting van een gezondheidscentrum. Daarvan waren er vier onlangs gestaakt; drie omdat men de financiën niet rond kon krijgen en één, omdat de betrokkenen een gezondheidscentrum toch te weinig efficiënt en flexibel vonden.

De overige initiatieven lopen voor het grootste deel al een aantal jaren; enkele al negen of tien jaar. Knelpunten die men ervaart zijn deels financieel, deels organisatorisch van aard. Het kost vaak veel tijd en moeite om de benodigde financiële bijdragen van overheid, ziekenfondsen en kruisverenigingen te regelen. Anderzijds zijn er soms problemen met de samenwerkingsovereenkomsten met het kruiswerk en instellingen voor maatschappelijk werk. Dit heeft er in zes gevallen toe geleid dat men begonnen is in een centrum met meerdere disciplines, maar zonder wijkverpleging en/of maatschappelijk werk.

De vooruitzichten voor de lopende initiatieven zijn wisselend; zeven 'centra in oprichting' verwachten in de loop van 1987 concreet aan de gang te gaan met huisvesting, sommige verwachten nog in 1987 echt te starten. De overige acht initiatieven zijn veel minder positief; men geeft aan dat overlegsituaties vast zitten of dat er geen zicht is op passende huisvesting of financiering.

Opleiding en nascholing met betrekking tot multidisciplinair samenwerken

In de Nota Eerstelijnszorg wordt gepleit voor meer aandacht voor en kennis van andere disciplines bij opleiding en nascholing. Uit diverse publicaties en een inventarisatie door S₁ in 1982 van het aanbod aan eerstelijns cursussen, blijkt dat er tenminste in Amsterdam,

Rotterdam/Den Haag, Nijmegen, Utrecht en Maastricht samengewerkt wordt tussen huisartsopleidingen, sociale academies, opleidingen maatschappelijke gezondheidszorg en meestal ook academies voor fysiotherapie ten behoeve van samenwerkingsaspecten in de opleiding (zie ook GHI, 1986). Deze initiatieven dateren meestal van de jaren zeventig en betreffen één à twee dagen per jaar waarin een gezamenlijk programma geboden wordt aan multidisciplinair samengestelde groepen studenten.

Op het gebied van de na- en bijscholing wordt, behalve een incidenteel project, weinig aangetroffen.

Systematische gegevens van na 1982 ontbreken. Genoemd kan nog worden het aanbod in de cursus Methodisch Werken van de Stichting O & O waaraan tussen 1983 en 1986 133 werkers uit gezondheidscentra deelnamen aan vijfdaagse cursussen. Wegens afloop van dit project wordt de cursus op dit moment niet meer gegeven.

Ook meldt het KODEBEL in haar cursusoverzicht van 1986 121 deelnemers aan multidisciplinaire cursussen die KODEBEL verzorgde. De voortzetting van KODEBEL staat echter ter discussie.

Hoewel er door de Regionale Ondersteuningsplatformen cursussen worden georganiseerd, kan niet gezegd worden dat het aanbod op het gebied van multidisciplinaire na- en bijscholing de laatste jaren verbeterd is. De Geneeskundige Hoofdinspectie onderzoekt op dit moment hoeveel aandacht de opleidingsinstituten aan samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg besteden.

4.3.3. Versterking positie van de huisarts

Inleiding

Bij de beleidsvoornemens gericht op het versterken van de positie van de huisarts zijn twee hoofdlijnen te onderscheiden; in de eerste plaats beleidsvoornemens die de positie van de huisarts beogen te versterken door te zorgen dat aan een aantal structurele voorwaarden voldaan is waaronder de huisarts een centrale positie kan innemen; en in de tweede plaats door te bevorderen dat de huisarts inhoudelijk voldoende toegerust is om de hen toebedachte rol te realiseren. In termen van concrete beleidsmaatregelen gesteld, betreft het enerzijds structurele maatregelen op het gebied van praktijkgrootte en honorering en anderzijds maatregelen die gericht zijn op opleiding, nascholing, toetsing enzovoorts. De beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen sinds 1974 zijn in schema 4 overzichtelijk bij elkaar gezet (zie volgende pagina).

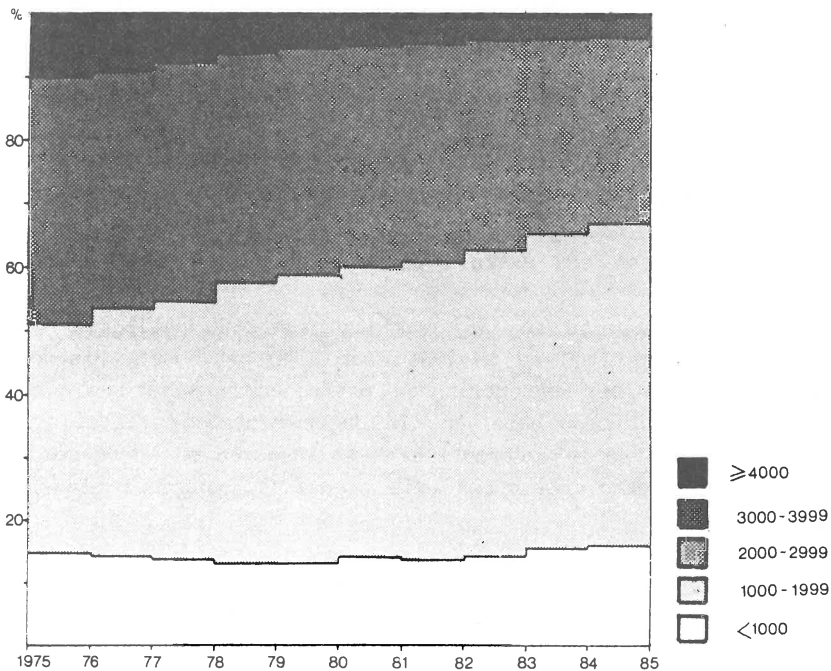
Schema 4.: beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen ter versterking van de positie van de huisarts

	STRUCTUURNOTA 1974	NOTA KOSTENONTWIKKELING 1979	SCHETS VAN DE ELGZ 1980	VOLKSGEZONDHEID b.b.m. 1983	NOTA ELZ 1983
Beleidsvoornemens	<ul style="list-style-type: none"> - huisarts meer in interdisciplinaire samenwerkingsverbanden - huisarts meer gebruik maken van tweede lijn - aanpassing tarief en honoreringsstructuur - meer nascholingen 	<ul style="list-style-type: none"> - opstellen van vestigingsbeleid - afbouw bovennormale praktijken - herziening honoreringsstructuur - herziening normatieve praktijkomvang huisartsen 	<ul style="list-style-type: none"> - beter informatiestroom tussen eerste en tweede lijn - afbouw bovennormale praktijken - goodwill-problematiek - beloningsopbouw en beloningsniveau - verlaging normpraktijk - experimenten diagnostisch centra - onderzoek naar differentiatie inkomen - overleg LHV, ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars inzake praktijkverkleining - bevorderen kennis en vaardigheden in opleiding t.b.v. samenwerking, toetsing, nascholing 	<ul style="list-style-type: none"> - afname aantal poliklinisch uitgevoerde diagnostische verrichtingen - bevorderen intercollegiale toetsing 	<ul style="list-style-type: none"> - wettelijk kader voor intercollegiale toetsing via de BIG - via BIG mogelijkheden schep en na- en bijscholing - goede afspraken tussen eerste en tweede lijn bij uitwisseling gegevens - bevorderen toegang huisartsen tot verloskundige faciliteit in ziekenhuizen - verbeteren beroepsopleiding - instellen Academische werkplaatsen (A-weg's)
Beleidsmaatregelen		<ul style="list-style-type: none"> - instelling Commissie Structuur honorering medisch specialisten - overleg LHV, Ziekenfondsraad en overheid over praktijkverkleining - honorering reguleren d.m.v. dienstverbanden in gezondheidscentra 	<ul style="list-style-type: none"> - experimenten psycho-sociale hulpverlening in eerste lijn - subsidiëring onderzoeksprojecten - registratie huisartsen - financiële tegemoetkoming voor samenwerken - consultatie AGGZ - experiment diagnostisch centra - financiële regeling huisartsen in opleiding 	<ul style="list-style-type: none"> - Wet normering inkomens vrije beroepsbeoefenaren - Nota manpowerplanning gezondheidszorg - meer financiële middelen als gevolg van praktijkverkleining 	<ul style="list-style-type: none"> - basis takenpakket - overleg tussen instanties m.b.t. vestigingsbeleid - verlaging rekennorm van 2600 naar 2500 - experimentele introductie onderlinge toetsing - stimulering onderzoek psycho-sociale hulpverlening - financieringsregeling t.b.v. huisartsen die in dienstverband gaan werken - overleg naar verlenging opleiding - opzetten PAO - coördinatie deskundigheidsbevordering (code bel) - overleg over verloskundige samenwerkingsverbanden - onderzoek naar verrichtingen systeem

Structurele maatregelen

Praktijkverkleining en verlaging van de rekennormpraktijk: een verkleining van de omvang van de huisartspraktijk wordt, in beleidsnota's gezien als een voorwaarde voor versterking van de positie van de huisarts. Maatregelen die genomen zijn om praktijkverkleining mogelijk te maken zijn achtereenvolgens verlagingen van de rekennormpraktijk en de afbouw van bovennormale praktijken.

Figuur 11: aantal ziekenfondsverzekerden per praktijk vanaf 1975



bron: jaarverslagen ziekenfondsen

In 1980 komt de Werkgroep Afbouw Bovennormale Praktijken Huisartsen, ingesteld door staatssecretaris Veder-Smit, met concrete voorstellen om op basis van artikel 9, lid 5 van de Ziekenfondswet een beperking in te voeren ten aanzien van het aantal op naam van een huisarts ingeschreven ziekenfondsverzekerden. Eén van de voorstellen is om praktijken met 3.000 of meer ziekenfondsverzekerden vanaf 1 januari 1981 te sluiten.

De overeenkomst terzake tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen is in september 1981

van kracht geworden. Met ingang van 1 april 1985 is de grens van bovennormale praktijken verlaagd tot 2700 ziekenfondsverzekerden. (Overigens is voorzien in een aantal uitzonderingsgevallen waarin het aantal ziekenfondsverzekerden boven de grens mag liggen.) Het effect van deze maatregel (of is het een autonoom proces?) kan afgelezen worden aan de ontwikkeling van de omvang van de ziekenfondspraktijk (zie figuur 11).

Als gekeken wordt wat er ten aanzien van grote praktijken is gebeurd, dan moeten we constateren dat er duidelijk sprake is van een afname.

In 1975 had 10% van alle praktijken meer dan 3000 ziekenfondsverzekerden. In 1985 is dit percentage teruggelopen tot 3,5%. Het aantal praktijken met minder dan 2000 ziekenfondsverzekerden is daarentegen sterkt toegenomen van 52% in 1975 naar 68% in 1985.

De afname van het aantal grote ziekenfondspraktijken volgt echter de algemene trend van daling van de gemiddelde praktijkgrootte in dezelfde periode. Van een extra sterke daling vanaf 1981 is geen sprake.

De rekennormpraktijk is in 1983 verlaagd van 2600 patiënten naar 2500, in 1985 naar 2400 en in 1986 naar 2350 patiënten. Hierdoor kunnen huisartsen bij een geringere praktijkomvang het voor hen vastgestelde norminkomen bereiken. In de onderstaande figuur zijn deze dalingen van de rekennormpraktijk weergegeven en is de gemiddelde praktijkgrootte ingetekend (zie figuur 12, volgende bladzijde).

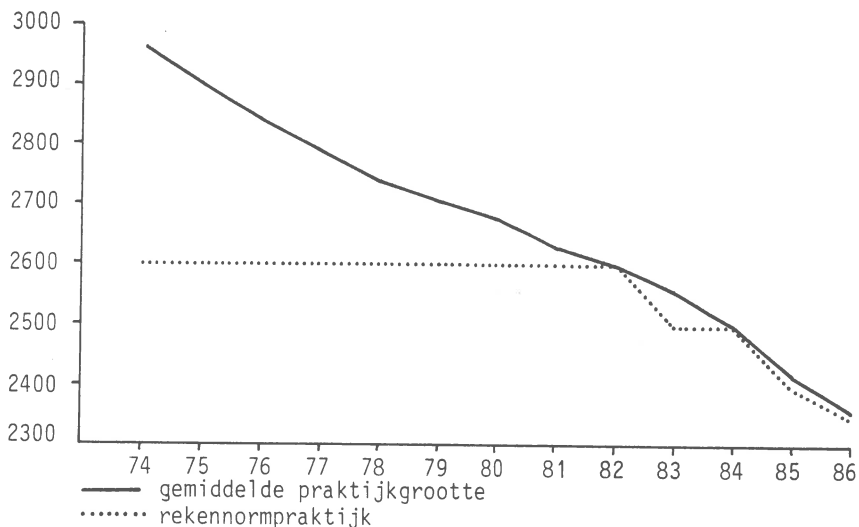
Vanaf 1974 is er een voortdurende daling van de gemiddelde praktijkgrootte. Het aantal nieuw gevestigde huisartsen is elk jaar groter dan het aantal huisartsen dat de praktijk neerlegt, terwijl de bevolkingsgroei betrekkelijk gering is. Het aantal nieuw gevestigde huisartsen is in sterke mate afhankelijk van de ontwikkeling van het aantal artsexamens. Het aantal huisartsen dat de praktijk neerlegt, is sinds 1980 gedaald, hieraan zullen ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor artsen niet vreemd zijn.

Gezien het verloop, dat in de figuur geschetst is, kan gesteld worden dat er een autonome daling van de gemiddelde praktijkgrootte heeft plaatsgevonden waarop de daling van de rekennormpraktijk geen zichtbare invloed heeft gehad. Men kan ook stellen dat de rekennormpraktijk de autonome daling volgt.

Overigens dient vermeld te worden dat na de instelling van het wettelijk geregeld vestigingsbeleid er wel een koppeling tot stand ge-

komen is tussen daling van de rekennormpraktijk en daling van de praktijkgrootte, omdat de rekennormpraktijk gebruikt wordt in de berekening van nieuwe vestigingsmogelijkheden.

Figuur 12.: aantal inwoners per huisarts vanaf 1974

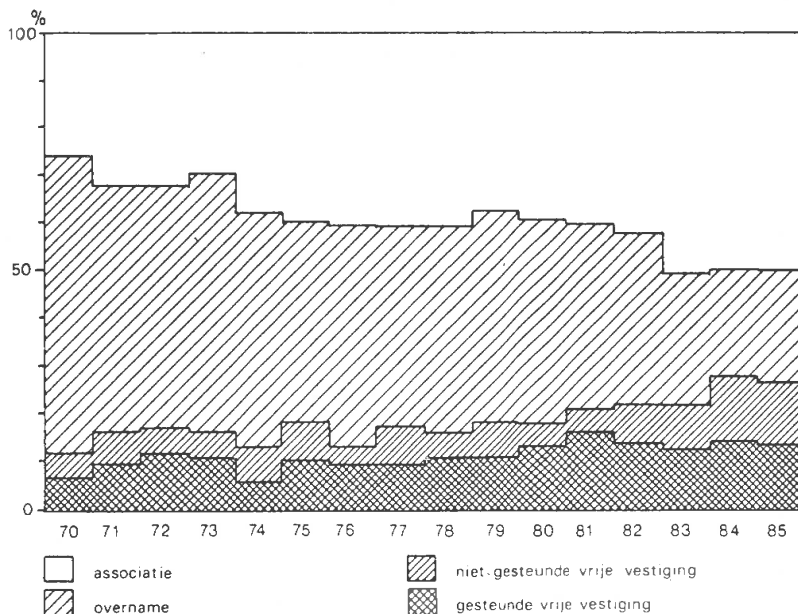


Bij de daling van de rekennormpraktijk in 1983 is ook de kostenknik verlaagd van 1800 naar 1600 patiënten. Ook deze maatregel kan gezien worden als stimulerend voor praktijkverkleining, maar kan tevens de totstandkoming van associaties bevorderd hebben (zie figuur 13).

Ofschoon er ook hier al jaren een trendmatige ontwikkeling te zien is, is er na 1982 een sprongsgewijze verhoging van het aantal huisartsen dat zich via associatie vestigt.

Het afschaffen van de goodwill, geheel of gedeeltelijk, staat al geruime tijd ter discussie. De overheid beschouwt de oplossing van de goodwill-problematiek als een voorwaarde om te komen tot een structurele verbetering in taak en functioneren van de huisartsen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het systeem van vragen en betalen van goodwill staat een effectief vestigingsbeleid en de praktijkverkleining in de weg. Vandaar dat in één van de hoofdpunten in het Convenant dat in 1985 tussen de LHV en WVC is afgesloten betrekking heeft

Figuur 13.: vestigingswijze van nieuwe zelfstandig gevestigde huisartsen vanaf 1970



op het afschaffen van de goodwill-betaling bij praktijkoverdracht. Er is afgesproken dat er een goodwill-fonds wordt ingesteld, waarin gedurende 16 jaar jaarlijks f 72 miljoen zal worden gestopt. Dit fonds zal worden gevoed met de gelden die vrijkomen door bepaalde onderdelen uit het huisartsentarief te lichten, namelijk de onderdelen vergoeding beroepsrisico en rente over het geïnvesteerde vermogen. De ingangsdatum van de afschaffing van de goodwill is 1 januari 1987.

De wijze van honorering van huisartsen heeft op een meer fundamentele manier ter discussie gestaan dan uit het bovenstaande overzicht van concrete beleidsmaatregelen naar voren komt. In de discussies over de gewenste honoreringsstructuur voor huisartsenhulp lag aanvankelijk de nadruk op stroomlijning en administratieve vereenvoudiging door het vervangen van de huidige, van de verzekeringsvorm van de patiënt afhankelijke honorering, door een uniform abonnementshonorarium voor ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten. Later

is hier een element van 'loon naar werken' ingebracht door een differentiëring van het abonnementstarief, die recht doet aan verschillen in de hoeveelheid zorg die categorieën patiënten vereisen.

Tijdens de behandeling van de Nota Eerstelijnszorg kondigt de bewindsman aan dat in het rapport van de Werkgroep Honoreringsstructuur Huisartsen aandacht zal worden besteed aan andere vormen voor de honorering van huisartsen dan het abonnementssysteem. Het gaat hierbij om de invoering van financiële prikkels tot het zoveel als mogelijk en verantwoord is behandelen van patiënten in de eerste lijn. Een mogelijke vorm is een gemengd systeem van een basis abonnementshonorering, aangevuld met honorering voor specifieke verrichtingen.

Concrete beleidsmaatregelen op dit gebied zijn nog niet genomen.

Maatregelen gericht op de inhoudelijke toerusting van de huisarts

Wil de huisarts de centrale plaats die hem toegeëld is in het eerste echelon innemen en alle in het Basistakenpakket genoemde taken kunnen uitvoeren, dan zal hij daar inhoudelijk op toegerust moeten zijn. Ofschoon de éénjarige beroepsopleiding tot huisarts begonnen is in het jaar dat de Structuurnota verscheen - de eerste dertig artsen voltooiden in 1974 de opleiding in Utrecht - en dus niet als een uitvloeisel van het daarin beschreven beleid gezien kan worden, wordt de verbinding tussen de huisartsopleiding en de inhoudelijke toerusting van de huisarts voor zijn centrale plaats in de eerste lijn wel gelegd in de Structuurnota.

Hoe lang het duurt eer beleid dat gerealiseerd wordt via opleidingen, doorwerkt in de beroepsgroep wordt geïllustreerd in tabel 15 (zie volgende bladzijde).

Er is een gestage daling van het percentage praktizerende huisartsen dat de éénjarige beroepsopleiding niet gevolgd heeft. De komende jaren zal deze daling zich echter minder snel voortzetten, doordat het aantal nieuwe vestigingen beperkt zal zijn (tenzij een verdere daling van de rekennormpraktijk plaatsvindt).

De duur van de opleiding tot huisarts (één jaar) wordt al jaren te kort geacht. De commissie die zich met de constructie van een meerjarige opleiding bezighoudt (CCBOH) beveelt een driejarige huisartsopleiding aan (CCBOH, 1986) maar dit stuitte op een veto van het Ministerie. In 1988 wordt dan ook (voorlopig?) met een tweejarige huisartsopleiding begonnen.

Onderzoek naar het rendement van de huisartsopleiding is schaars. Voor een deel heeft dit te maken met ontbreken van overeenstemming

over de doelstellingen van de opleidingen over het gewenste eindniveau. Volgens het College voor Huisartsgeneeskunde biedt het Basis-takenpakket en de nieuwe versie van 'Kenmerken van de huisarts' (Van Es, De Melker en Goosman, 1983) goede mogelijkheden om tot uniforme einddoelen voor alle opleidingsinstituten te komen (Van Geldorp, 1983).

Tabel 15.: absoluut en procentueel aantal praktizerende huisartsen dat de beroepsopleiding heeft gevolgd vanaf 1 januari 1974

jaar	beroepsopl. gevolgd		geen beroepsopl. gevolgd		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1974	-	-	4565	100,0	4565	100,0
1975	2	0,2	4683	99,8	4683	100,0
1976	31	0,6	4800	99,6	4831	100,0
1977	126	2,6	4808	97,4	4934	100,0
1978	312	6,2	4745	93,8	5057	100,0
1979	549	10,6	4607	89,4	5156	100,0
1980	782	14,9	4470	85,1	5252	100,0
1981	1069	19,9	4315	80,1	5384	100,0
1982	1304	23,8	4175	76,2	5479	100,0
1983	1549	27,7	4042	72,3	5591	100,0
1984	1836	32,0	3901	68,0	5737	100,0
1985	2107	35,7	3793	64,3	5900	100,0
1986	2518	40,8	3649	59,2	6167	100,0

Ook hier geldt dat de doorwerking van een nieuwe meerjarige opleiding in de praktizerende beroepsgroep slechts zeer geleidelijk zal zijn. Dit benadrukt het belang dat gehecht moet worden aan andere maatregelen om de inhoudelijke toerusting van de huisarts voor zijn taken in het eerste echelon te bevorderen.

Nascholing voor huisartsen is (nog) niet verplicht in Nederland, maar wordt in brede kring als noodzakelijk beschouwd. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijk Huisartsenvereniging (LHV) hanteren als norm 40 uur georganiseerde nascholing per jaar terwijl de norm van het Overlegorgaan Postacademisch Onderwijs Geneeskunde op 80 uur ligt met daarnaast evenveel tijd aan ongeorganiseerde nascholing (Van der Feen, 1985).

Het aanbod aan nascholingscursussen in Nederland vertoont een grote verscheidenheid zowel wat betreft inhoud als vorm. Dergelijke cursussen worden verzorgd door de afdelingen Post Academisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde van de medische faculteiten (PAOH), door plaatselijke ziekenhuizen, door de Boerhaave commissie en de Van Hoytema-stichting e.d. De Stichting Nascholing Huisartsen (SNH) vervult (met 12 regionale functionarissen) een coördinerende rol.

Afgezien van de indirecte bijdrage via het kostendeel van het honorarium van huisartsen voor ziekenfondspatiënten, was er tot voor kort geen duidelijke financiële stimulering door de overheid van nascholing voor huisartsen. De deskundigheidsbevordering heeft echter een aanzienlijke stimulans gekregen met de oprichting van de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH). Dit is een uitvloeisel van het in 1985 gesloten Convenant tussen de LHV en WVC. Hiervoor is vanaf 1987 bijna f 2,4 miljoen beschikbaar gesteld.

Het ligt in de bedoeling dat elke Plaatselijke Huisartsen Vereniging in de loop van 1987 een Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) heeft geformeerd. Zo'n werkgroep telt drie tot vijf huisartsen die vorm en inhoud van de deskundigheidsbevordering in hun regio zullen bepalen. Zij doen dat in samenwerking met een plaatselijke coördinator. In totaal zullen 80 plaatselijke coördinatoren worden aangesteld. Verder zijn er acht regionale coördinatoren aangesteld die als contactpersoon fungeren naar de regionale instellingen op het gebied van de gezondheidszorg en het medisch onderwijs, als ook naar de landelijk Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen (SDH). Jammer is dat de afstemming tussen de SDH en het Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde voor Huisartsen ontbreekt.

Financiële steun van de overheid is er al wel eerder geweest ten behoeve van onderlinge toetsing. In de afgelopen jaren is op veel plaatsen met vormen van toetsing geëxperimenteerd en zijn toetsingsmethoden ontwikkeld door onder andere het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het voormalig Nederlands Huisartsen Instituut en het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Een recente ontwikkeling is de integratie van georganiseerde nascholing en toetsing. De bedoeling hiervan is om gerichte nascholing te gaan organiseren rond die thema's waarin de toetsingsgroepen behoefte aan blijkt te zijn (Beusmans, 1985).

Er zijn geen in de tijd vergelijkbare gegevens beschikbaar over het aantal huisartsen dat deelneemt aan nascholing en toetsing. Gelukkig is bij de overeenkomst waarbij de nieuwe ondersteunings- en deskundigheidsbevorderingsstructuur voor de huisarts is ingesteld, vastgesteld dat evalueerend onderzoek uitgevoerd zal gaan worden.

Faciliteiten voor huisartsen uit de tweede lijn

In de zestiger jaren groeide het besef bij huisartsen dat wilde het huisartsenvak zich ten opzichte van de zich sterk uitbreidende specialistische gezondheidszorg kunnen handhaven, dan zouden tenminste een aantal van de technische mogelijkheden die in ziekenhuizen voorradig waren ook ter beschikking van huisartsen moeten komen.

In samenwerking met ziekenfondsen werden verspreid over Nederland huisartsenlaboratoria opgericht, maar ook werd door huisartsen om toegang tot ziekenhuisfaciliteiten gevraagd. Nu is moeilijk na te gaan wanneer de huisartsen tot de radiodiagnost en de klinisch chemicus werden toegelaten, maar in 1972 werd van regeringszijde de aandacht op de diagnostiek gevestigd.

De toenmalige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Stuyt verklaarde dat de met behulp van de medisch-technische apparatuur verkregen diagnostische resultaten aan de huisarts ter hand moesten worden gesteld. Ook werd door de Minister een advies inzake de oprichting van diagnostische centra aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid gevraagd.

Puijlaert (1976) concludeert op basis van een in 1974 gehouden enquête onder radiodiagnosten in de Nederlandse ziekenhuizen, dat circa 22% van de huisartsen nog geen contact heeft met radiodiagnosten.

In een latere publicatie toont Puijlaert (1979) aan dat het raadplegen van de radiodiagnost in het naburige streekziekenhuis sinds 1975 in zijn eigen praktijk tot een aanzienlijke verlaging van het aantal verwijzingen naar de chirurg heeft geleid. In 1979 wanneer op advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid twee experimentele diagnostische centra in ziekenhuizen worden geopend is de toegang van huisartsen tot de ziekenhuisfaciliteiten al vrijwel algemeen (Wijkel en Van der Grijn, 1983). De mogelijke effecten van deze versterking van de eerste lijn hebben zich dus al in het begin van de jaren zeventig voorgedaan. (Doordat de ontwikkeling zich sluipend heeft voorgedaan is het echter niet goed mogelijk de stabilisatie van het verwijscijfer sinds 1970 direct in verband te brengen met het ter beschikking stellen van diagnostische middelen.) De diagnostische centra in Utrecht en Ouderij n waren eigenlijk alleen experimenteel in het gegeven dat ze het aanbod aan diagnostiek op één formulier onderbrachten en een mogelijkheid tot consultatie van specialisten inhielden.

Uit het evaluatie-onderzoek van het Diagnostisch Centrum in Maastricht werden er aanwijzingen gevonden dat de (zeer lichte) daling van het verwijscijfer die optrad in de periode dat het

experiment liep, is toe te schrijven aan het experiment (Brouwer, Kerkhof en Pop, 1983). Ten aanzien van het tweede experiment (ziekenhuis Oudenrijn) werd geconstateerd dat het gebruik van diagnostische hulpmiddelen door de huisarts na openstelling van het diagnostisch centrum fors was gestegen, zonder dat er sprake was van een daling in de verwijscijfers (Wijkkel en Van de Grijn, 1982; Peters, 1982).

De uitkomsten van beide evaluatie-onderzoeken hebben er toe geleid dat het opzetten van diagnostische centra geen gevolg heeft gekregen. Wat intussen wel duidelijk was geworden in de relatie tussen eerste en tweede lijn was de grote onduidelijkheid die er heerste over de taakafbakening tussen huisarts en specialisten. Het ontwikkelen van protocollen zou noodzakelijk zijn om deze taakafbakening te regelen. Deze protocolontwikkeling vindt op dit moment plaats aan de Universitaire Huisartsen Instituten mede dankzij ondersteuning en stimulering vanuit het Ministerie van WVC en financiering door het Praeventiefonds.

De consultatie projecten vanuit de AGGZ hebben niet tot structurele veranderingen op grote schaal geleid. Doel hiervan was enerzijds het probleemoplossende vermogen van de eerstelijnszorg te vergroten en anderzijds de preventie van psychosociale problemen. Een continue relatie bleek niet mogelijk door het uitgebreide werkkerrein van de AGGZ en het grote aantal eerstelijnsdienstverleners. De projecten hebben slechts hier en daar effect gehad omdat ze niet ingebed zijn in een netwerk van hulpverleningscontacten. Bij een voldoende afstemming van werkgebieden kunnen betere resultaten worden verwacht (Booy en Schnabel, 1980).

4.3.4. Kruiswerk

Ten aanzien van het kruiswerk worden in het begin van de jaren zeventig verstrekkende beleidsvoornemens geuit.

Om de voorgestane verschuivingen van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg mogelijk te maken is een versterking van de thuisgezondheidszorg noodzakelijk zowel wat betreft de omvang als de kwaliteit. Er worden maatregelen voorgesteld om het kruiswerk te herstructureren - de talloze kleine zelfstandige plaatselijke kruisverenigingen moeten tot grotere eenheden samengevoegd worden - en de financiering van het kruiswerk wordt herzien omdat de bestaande financiering voor een jaarlijks terugkerende onzekerheid zorgde. In de Structuurnota wordt het voornemen geuit om het kruiswerk geheel uit een sociale ziektekostenverzekering te gaan financieren en in 1980 wordt de AWBZ-financiering van het kruiswerk gerealiseerd.

Schema 5.: beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen ten behoeve van versterking van het kruiswerk

	STRUCTUURNOTA 1974	NOTA KOSTENDONTWIKKELING	SCHETS VAN DE ELGZ 1980	VOLKSGEZONDHEID b.b.m. 1983	NOTA ELZ 1983
Beleidsvoornemen	<ul style="list-style-type: none"> - Herstructurering van het kruiswerk - Herziening financieeringsstelsel van het kruiswerk 		<ul style="list-style-type: none"> - Betere samenwerking binnen de eerste lijn - Norm van 1 wijkverpleegkundige op 2500-2000 inwoners 		<ul style="list-style-type: none"> - Volumegroei dient gebruikt te worden voor directe patiëntgerichte functionarissen, en voor 7x24 uursbereikbaarheid - functie en taakomschrijving
Maatregelen	<ul style="list-style-type: none"> - Vorming van basiseenheden - Vorming van hoofdeenheden voor begeleiding en advies - Onderzoek naar salariering - Herstructurering financieringsregeling 	<ul style="list-style-type: none"> - Overheveling Kruiswerk naar de AMBZ - Uitbreiding van de hulpverlening - Volumegroei 4% 	<ul style="list-style-type: none"> - Nazorg functionarissen naar de AMBZ - Part-time opleiding MGZ 	<ul style="list-style-type: none"> - Handhaving 4% groei 	

Bovengenoemde herstructurering van het kruiswerk alsmede de herziening van het financieringssysteem zijn de belangrijkste beleidsuitgangspunten van waaruit tal van beleidsvoornemens- en maatregelen zijn aangekondigd die de positie van het kruiswerk zouden moeten versterken (zie schema 5 op de vorige pagina).

Wat de resultaten zijn van bovengenoemde beleidsvoornemens- en maatregelen zal worden besproken aan de hand van de volgende aandachtspunten:

- herstructurering kruiswerk
- herziening financieringssysteem van het kruiswerk
- volumegroei
- 24-uursbereikbaarheid
- nazorg
- functie- en taakomschrijving

Herstructurering

In de jaren zestig bestond het uitvoeringsniveau van het kruiswerk uit 1470 zelfstandige, plaatselijke kruisverenigingen. In 1974 ontwierp het Nationaal Centrum voor Kruiswerk een herstructureringsplan dat op 1 januari 1980 ingevoerd is. Dit betekende het ontstaan van 15 lid-instellingen, 219 regionale Erkende Kruisorganisaties (EKO's) en 507 basiseenheden, met als overkoepelend orgaan de Nationale Kruisvereniging. Op dit moment zijn echter voorstellen aangenomen om deze structuur wederom te wijzigen (zie Schaalgrootte van de erkende kruisorganisaties, Nationale Kruisvereniging, 1987). De 219 EKO's zullen worden gebundeld tot zestig à zeventig grotere eenheden. Dit mede op aandringen van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), onder andere omdat er grote achterstand is ontstaan in het totstandkomen van overeenkomsten tussen de Ziekenfondsen en de EKO's. De 219 EKO's blijken te klein om er, mede met het oog op de budgettering van het kruiswerk per 1 januari 1987, goed zaken mee te doen.

Herziening financieringssysteem

Voordat de AWBZ-financiering van het kruiswerk ingevoerd werd, werd het kruiswerk betaald uit contributies van de leden, uit subsidies van het Rijk, Provincie en Gemeente en voor een klein gedeelte uit overige inkomsten.

De financiering uit de AWBZ zou vanwege de gegarandeerde geldstroom een betere planning en meer gestructureerd beleid mogelijk moeten maken.

Op 1 januari 1980 werd de nieuwe financiering van kracht.

Om krachtens de AWBZ gefinancierd te kunnen worden dienen de kruisorganisaties aan bepaalde voorwaarden te voldoen die zijn vastgelegd in het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties 1981. De voorwaarden hebben onder andere betrekking op de 24-uursbereikbaarheid, de structuur van de kruisorganisatie, de bouw en outillage en de personele voorziening (minimaal één wijkverpleegkundige op 3450 inwoners, in samenwerkingsverband één wijkverpleegkundige op 3000 inwoners; voorts kan per drie wijkverpleegkundigen één wijkziekenverzorgende worden aangesteld. Ook zijn er bijvoorbeeld grenzen gesteld aan de hoeveelheid deeltijdwerk).

Ondanks het feit dat het kruiswerk tegenwoordig door de AWBZ wordt gefinancierd, bestaat nog wel het lidmaatschap van de kruisvereniging. De leden betalen een contributie - die de kruisvereniging grotendeels aan de AWBZ moet afdragen - en niet-leden betalen extra entreegeld als ze van de diensten van een kruisvereniging gebruik willen maken. Het aantal leden bedroeg eind 1985 3.367.800. Omdat dit een gezinslidmaatschap is, betekent dit dat omgerekend circa 8.8 miljoen personen lid zijn van het Kruiswerk (Nationale Kruisvereniging, 1986).

Volumegroei

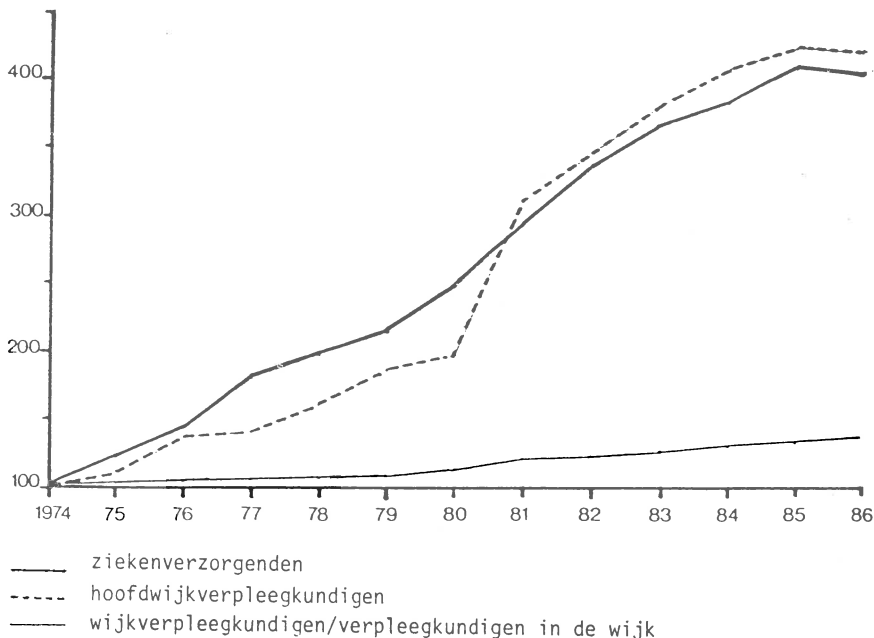
Een van de belangrijkste beleidsmaatregelen die in het kader van de versterking van de eerste lijn en dan met name het kruiswerk is getroffen, is de volumegroei van 4%. Dit betekent dat vanaf het jaar dat de AWBZ-financiering zijn intrede deed het Basispakket Kruiswerk jaarlijks met 4% mag groeien, per 1 januari 1986 is dat 2% geworden.

De beschikbare volumegroei dient voor het overgrote deel besteed te worden aan uitbreiding van het aantal functionarissen met een patiëntgerichte taak. De volumegroei is dus vooral bedoeld om de capaciteit van het kruiswerk te vergroten zodat meer mogelijkheden voor thuiszorg ontstaan. In het kader van dit beleid dient men onder andere bij de besteding van de volumegroei prioriteit te geven aan patiëntgerichte functionarissen, het tot stand brengen van de 7x24-uursbereikbaarheid en nazorgactiviteiten.

De financiële vertaling van deze 4% volumegroei is moeilijk in een betrouwbare cijferreeks vanaf 1974 uit te drukken. Vooral tot aan 1980 zijn door de verschillende subsidiebronnen geen vergelijkbare gegevens bekend. Voor de latere jaren verwijzen we naar de Finan-

ciële Overzichten van de Ziekenfondsraad. We richten ons hier op de vertaling van de volumegroei in aantallen zorgverleners.

Figuur 14.: groei van het aantal hoofdwijkverpleegkundigen, wijkzorgenverzorgenden, wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in de wijk vanaf 1974 (1974 = 100)



Bron: Nationale Kruisvereniging⁶

De groei van de verschillende zorgverlenende beroepen binnen het kruiswerk, wordt weergegeven in figuur 14 (de absolute getallen zijn in voetnoot 6 vermeld). Hieruit blijkt dat na 1980, het jaar van het in werking treden van de AWBZ-financiering, de hoofdwijkverpleegkundigen in aantal sterk zijn gegroeid. In vergelijking tot de wijkverpleegkundigen en de verpleegkundigen in de wijk, is de groei van het aantal hoofdwijkverpleegkundigen tot 1985 altijd hoger geweest, daarna zien we een afname van de groei.

In 1985 is er 1 wijkverpleegkundige op 2.965 inwoners, in 1979 was dit nog 1 op 3.360 inwoners. In de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg en de Nota Eerstelijnszorg wordt een streefgetal genoemd

van 1 wijkverpleegkundige op 2000 tot 2500 inwoners voor het jaar 1995. Aangenomen mag worden, dat dit de minimumnorm is, waarbij alle taken die de centrale overheid aan de wijkverpleging toebedeelt voldoende adequaat kunnen worden uitgevoerd.

Een belangrijke vraag in het kader van de 4% volumegroei is in hoeverre de groei van de formatieplaatsen ten goede is gekomen van de patiënt gerichte functionarissen. In een publicatie van de Nationale Kruisvereniging zien we dat de indirecte zorgfuncties relatief iets zijn toegenomen. Een mogelijke verklaring is een inhaaleffect van de indirecte zorgfuncties tengevolge van de schaalvergroting van het kruiswerk.

Tabel 16.: toegestane formatie ten behoeve van de uitvoering van het basispakket kruiswerk naar functiecategorieën, ultimo 1981-1986*

	formpl. 1981	formpl. 1986	% groei formpl.	aandeel 1981	aandeel 1986	aandeel groei
directe zorgfunctie	6273	7579	20,8	77,2%	77,0	76,3
indirecte zorgfunctie	1853	2258	21,9	22,8%	23,0	23,7
totaal	8126	9837	21,1	100	100	100

* Exclusief herbezetting 1985.

Bron: Kruiswerk in Beweging, 1986.

Bij bovengenoemde cijfers van de Nationale Kruisvereniging wordt de hoofdwijkverpleegkundige tot het direct verzorgend personeel gerekend. Directe zorgfuncties zijn die functies die aanwijsbaar in rechtstreeks verband staan met de zorgverlening aan patiënten/cliënten. In sommige overheidsstukken wordt een andere uitleg van het begrip patiënt-gerichte taken gehanteerd. De hoofdwijkverpleegkundige wordt daarbij niet tot de directe patiëntgerichte zorg gerekend omdat zij een leidinggevende en begeleidende taak ten aanzien van de wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende heeft (I.K., 1981-1982).

De verdeling tussen de directe en indirecte zorg ziet er volgens deze opvatting dan iets anders uit (zie tabel 17). De indirecte zorgfuncties binnen het kruiswerk in de periode 1981-1986 blijken

dan relatief meer te zijn toegenomen dan de directe zorgfuncties. Het lijkt een kwestie van definiëren.

Tabel 17.: groei van formatieplaatsen in de periode 1981-1982 als de hoofdwijkverpleegkundige niet tot de directe patiëntgerichte zorg wordt gerekend

form.p.	1981	1986	groei %	aandeel		
				1981	1986	groei
directe zorgfunctie	5632	6777	20,3	69,3	68,9	66,9
indirecte zorgfunctie	2494	3060	22,7	30,7	31,1	33,1
totaal	8126	9837	21,1	100	100	100

In de COTG richtlijn tot slot is voor 1987 bepaald dat de groei voor zogenaamde beheers- en administratieve functies maximaal 20% van de toegewezen personele groei mag omvatten.

Een ander beleidsvoornemen was het terugdringen van het aantal onbevoegde wijkverpleegkundigen de zogenaamde verpleegkundigen in de wijk. In tabel 18 zien we na 1981 een duidelijke afname van het aantal verpleegkundigen in de wijk.

Tabel 18.: aantal wijkverpleegkundigen (WV) en verpleegkundigen in de wijk (VW) vanaf 1973

	1973	1975	1977	1979	1980	1984*
WV	2894	2855	2761	2940	3009	4056
VW	696	817	1032	1017	1148	610

* Recentere gegevens over verpleegkundigen in de wijk zijn niet bekend.

Bron: M.V.A., begrotingen VOMIL; CBS. (De Nationale Kruisvereniging geeft voor 1981 een totaalcijfer van 4368.)

24-uursbereikbaarheid

Het kruiswerk is met de staatssecretaris overeengekomen dat de 24-uursbereikbaarheid en de beschikbaarheid in de avonduren uiterlijk in 1989 in geheel Nederland zal zijn gerealiseerd. Uit een enquête van de Nationale Kruisvereniging blijkt dat in 1986 in bijna 86% van de basiseenheden sprake is van 24-uursbereikbaarheid (zie tabel 19).

Tabel 19.: Vorderingen invoering 24-uursbereikbaarheid

	basiseenheden met 24-uursbereikbaarheid	basiseenheden zonder 24-uursbereikbaarheid	totaal aantal basiseenheden
1985	378 (75%)	129 (25%)	507 (100%)
1986	434 (86%)	73 (14%)	507 (100%)

Bron: Zorgenquête NK, peildatum 1 juli 1986.

De beschikbaarheid, dat wil zeggen uitbreiding van dagzorg naar avondzorg is in 1986 in 80% van de basiseenheden gerealiseerd (zie tabel 20).

Tabel 20.: Vordering met avondzorg

	basiseenheden met avondzorg	basiseenheden zonder avondzorg	totaal aantal basiseenheden
1985	236 (46%)	271 (54%)	507 (100%)
1986	405 (80%)	102 (20%)	507 (100%)

Bron: Zorgenquête NK, peildatum 1 juli 1986.

De hierboven beschreven uitbreiding van het zorgaanbod heeft, naast een grotere instroom van nazorgpatiënten, eveneens tot gevolg dat mensen langer in de thuissituatie kunnen verblijven. Uit een aantal studie- en evaluatieverslagen blijkt dat een steeds groter aantal patiënten in de avonduren hulpverlening van het kruiswerk ontvangt. Het kruiswerk krijgt, door het aanbod van avondzorg, patiënten in zorg die vaker en meer hulp nodig hebben. Dit heeft ook gevolgen voor de werklust van dagdiensten. De toename in tijdsbesteding aan curatieve zorgverlening heeft tot gevolg dat preventieve activiteiten van het kruiswerk op het terrein van pré- en postnatale zorg, jeugdgezondheidszorg en preventieve ouderenzorg in de knel dreigen te komen.

Figuur 15.: lidinstellingen (donkere gebieden) waar geen continuïteitsverpleegkundigen werkzaam zijn



Bron: Krijgsman, 1986

Nazorgactiviteiten

Ter structurering van de nazorg wordt in 1979 gestart met een tweejarig nazorgproject gesubsidieerd door het Praeventiefonds. Binnen

de overige lidinstellingen is een communicatiestructuur ontwikkeld tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging, middels projecten die ook gefinancierd zijn door het Praeventiefonds.

Sinds 1983 wordt de functie van continuïteitsverpleegkundige uit de AWBZ gefinancierd. Hierdoor ontstaat voor het kruiswerk de ruimte om deze functie te continueren. Uit een studie van Krijgsman (1986) blijkt dat er totaal in Nederland 21 continuïteitsverpleegkundigen werkzaam zijn. Omgerekend in full-time formatieplaatsen zijn dat er 15,8. In figuur 15 zien we echter dat niet in alle 15 lidinstellingen continuïteitsverpleegkundigen werkzaam zijn. Binnen dit nazorgproject werden tijdelijk continuïteitsverpleegkundigen aangesteld om de nazorgstructuur op te zetten. Het was de bedoeling dat na afloop van het project deze functie weer zou verdwijnen.

Functie- en taakomschrijving

In de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt, ter bevordering van de samenwerking van hulpverleners in de gezondheidszorg, aanbevolen om goede functie- en taakomschrijvingen voor de verschillende beroepsgroepen te ontwikkelen. Voor de verpleging is dit gedaan (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1984), hetgeen door de Nationale Kruisvereniging (1985) nader is uitgewerkt voor de functie van wijkverpleegkundige. In 1982 is door deze koepel een profielschets uitgebracht voor de wijkziekenverzorgende en in 1984 voor de hoofdwijkverpleegkundige. Ook zijn in 1985 en 1986 functiewaarderingsonderzoeken verricht ten behoeve van een salarisherstructurering. Voor deze herstructurering is in 1986 14 miljoen gereserveerd.

Afsluitend kunnen we stellen dat de doelstellingen van de overheid met betrekking tot kruiswerk voor een groot deel gerealiseerd zijn: de financiering is onder de AWBZ gebracht en de organisatiestructuur is veranderd. De volume-groei is voor een deel benut om de 24-uurs hulpverlening te bevorderen. De streefnorm van 1 wijkverpleegkundige per 2500 tot 2000 inwoners is nog niet bereikt, maar in de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg is daar een periode van ongeveer vijftien jaar voor uitgetrokken.

4.3.5. gezinsverzorging

De belangrijkste beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen sinds 1974 zijn weer overzichtelijk in schema 6 weergegeven (zie volgende pagina). Als uitgangspunt voor het beleid wordt in de Schets van de elgz (1980) gesteld dat de gezinsverzorging een duidelijke complementaire functie vervult ten aanzien van de andere voorzieningen in

Schema 6.: beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen ten aanzien van Gezinsverzorging en Algemeen Maatschappelijk Werk

	STRUCTUURNOTA 1974	SCHEIS VAN DE ELGZ 1980	VOLKSGEZONDHEID b.b.m. 1983	NOTA EERSTELIJNSZORG 1983
Beleidsvoornemens	op niveau van zorgverlening brug tussen maatschappelijke dienstverlening en gezinsverzorging	AMW en gezinsverzorging hebben belangrijke complementaire functie met betrekking tot gezondheidszorg; samenwerking en afstemming met eerstelijns gewenst	bevorderen van samenwerking; versterking c.q. behoud van zorgcapaciteit in maatschappelijke dienstverlening en gezinsverzorging	<ul style="list-style-type: none"> - samenhangend beleid op alle niveaus - capaciteit evenwichtig verdelen over eerstelijnsvoorzieningen - feitelijke versterking gezinsverzorging gewenst - zoeken naar oplossingen voor managementtekort in het AMW - relatieve uitbreiding gezinsverzorging als druk toeneemt ten gevolge van terugdringen tweedelijnszorg - afstemming nodig tussen taken gezinsverzorging en kruiswerk - herallocatie binnen gezinsverzorging nodig in verband met 7 x 24 uren bereikbaarheid- en beschikbaarheid - zoeken naar vergroting van AMW volume in spanningsveld tussen taakstelling regeerakkoord en betere afstemming en samenwerking in de eerste lijn - bevorderen 7 x 24 uren bereikbaarheid AMW - centraal beleid nodig voor sociale en economische aspecten van het vrijwilligersbeleid
Beleidsmaatregelen	<ul style="list-style-type: none"> - oprichting Contactgroep van centra voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening - totstandkoming van NOBEL 	overleg CRM - Vomil in verband met capaciteit van AMW en gezins- en bejaardenverzorging	nadere uitwerking in Nota Eerstelijnszorg	<ul style="list-style-type: none"> - bespreking Joint - NVAGG over afstemming AMW - AGGZ - voorlopige takenlijst AMW door Joint - ondersteuning en bevordering van vrijwilligerswerk in AMW en gezinsverzorging

de eerste lijn. Daartoe dient er meer afstemming en samenwerking tot stand te komen. Ook de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen laat zich in deze zin uit en spreekt voorts van versterking of behoud van de zorgcapaciteit van de gezinsverzorging. In de Nota Eerstelijnszorg tenslotte wordt feitelijke versterking van de gezinsverzorging nodig geacht vooral met het oog op terugdringing van tweedelijnszorg. Een flexibeler hulpaanbod moet de meer diverse vraag het hoofd bieden; daarvoor moeten herallocaties plaats vinden binnen de instellingsbudgetten.

Aan de hand van drie onderwerpen zullen we de resultaten van de beleidsmaatregelen illustreren; de volume-ontwikkeling, de zogenoemde 'hulp op maat' en samenwerking.

Volume- en ontwikkeling

Onderstaande tabel geeft de volume ontwikkeling in de gezinszorg: zowel in formatie-uren uitvoerenden, als in produktieve uren als financieel (bedragen op de rijksbegroting).

Tabel 21.: formatie-uren en produktieve uren uitvoerenden en Rijksbegrotingsbedragen gezinsverzorging 1975-1986

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
formatie-uren uitvoerenden (x 1.000.000)	67,5	69,3	69,2	61,9	65,9	73,0	75,8	78,3	77,2	77,2	77,2	77,2
produktieve uren (traditioneel en alphahulp x 1.000.000)		54,6	55,9	50,2	48,2	53,7	56,8	55,8	53,1	53,9	53,3	51,2
rijksbegroting (begrote bedragen x 1.000.000)	578,3	713,3	927,5	1010,9	1047,0	1141,2	1137,1	1225,6	1298,2	1304,5	1287,0	1273,0

(Bronnen: Informatiebulletin Centrale Raad voor Gezinsverzorging; Ministerie van WVC)

Van 1975 tot 1983 zijn de begrotingsbedragen meer dan verdubbeld. Daarna treedt een kentering in; de laatste jaren vertonen deze bedragen een dalende lijn. De werkelijke uitgaven (die ons voor de jaren 1982-1984 niet geheel bekend zijn wegens ontbreken van de uitgaven in de "proef- en convenantgemeenten") vertonen globaal dezelfde tendens, zij het dat de daling van de laatste jaren daar scherper lijkt te zijn (zie figuur 16 op volgende bladzijde; de bedragen zijn voor inflatie gecorrigeerd).

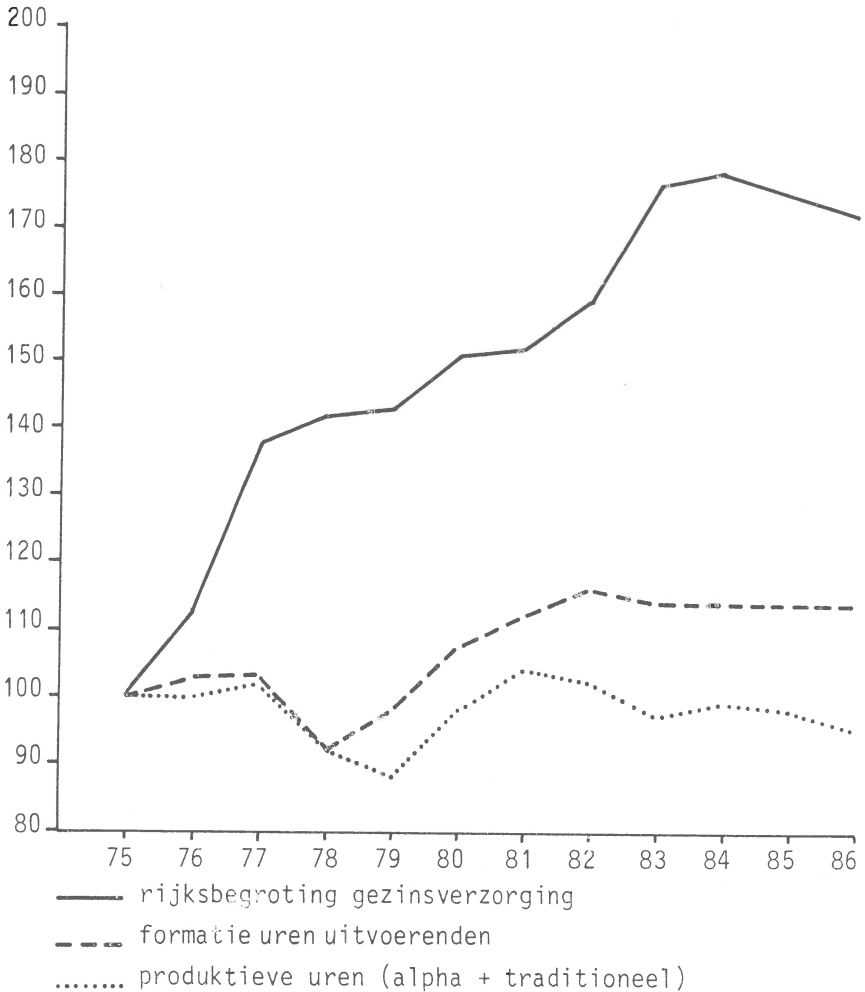
Tamelijk onafhankelijk daarvan lijkt het aantal formatie-uren en produktieve uren uitvoerenden. De jaren 1978-1979 geven een diepte-

punt te zien, waarna herstel intreedt. Vanaf 1981-1982 is er een lichte daling in het aantal productieve uren; de formatie mag na 1983 niet meer toenemen.

Als we het feitelijke zorgvolume aflezen aan de formatie en het aantal productieve uren dan kan na 1982 zeker niet gesproken worden van een versterking van de gezinsverzorging.

Figuur 16.: formatie-uren, productieve uren uitvoerenden en Rijksbegrotingsbedragen gezinsverzorging 1975-1986

indexcijfers (1975 = 100)



Hulp op maat

In hoeverre de instellingen er in geslaagd zijn binnen de bestaande budgetten een flexibel aanbod te realiseren kan afgeleid worden uit cijfers van twee enquêtes; één uit 1985 uitgevoerd bij 200 instellingen door de Bureaus Landelijk Contact in opdracht van WVC en één in 1986 bij alle 234 instellingen. Het flexibeler hulpaanbod, doorgaans aangemerkt als "hulp op maat" bestaat naast de bekende vormen (traditioneel en alpha) uit: hulp voor kortere perioden dan hele dagdelen, hulp buiten kantooruren, 7 x 24 uren bereikbaarheid en beschikbaarheid, hulp op afroep, dagverzorging in accommodaties van derden, opvang in gastgezinnen en centra voor gezinsverzorging. Onderstaande tabel geeft de percentages uit beide enquêtes van instellingen die de eerste zes genoemde nieuwe hulpvormen verlenen. De meeste instellingen verlenen hulp voor kortere perioden en ook buiten kantooruren ('s avonds) wordt door het merendeel van de instellingen hulp ingezet. De andere vormen, die meer ingrijpen in de organisatie, komen echter nog niet op grote schaal voor.

Tabel 22.: hulp op maat door instellingen voor gezinsverzorging in 1985-1986

hulpvorm	% instellingen	
	1985*)	1986**)
hulp voor kortere perioden	79%	81%
hulp buiten kantooruren	67%	77%
7 x 24 uren bereikbaarheid	17%	14%
7 x 24 uren beschikbaarheid	26%	30%
hulp op afroep	33%	27%
dagverzorging	11%	16%

*) Bron WVC, 1985. (N=200)

***) Bron Centrale Raad voor Gezinsverzorging, 1986. (N=234)

De cijfers van beide enquêtes leiden ook niet tot de indruk dat er in de loop van 1985 en 1986 veel vordering is gemaakt op dit terrein.

Al met al kan niet gezegd worden dat de beschikbaarheid van hulp op maat van dien aard is dat er op ruime schaal substituerende thuiszorg kan plaats vinden. Wellicht dat het ontbreken van extra financiële ruimte hieraan debet is.

Samenwerking en afstemming

Toekenning van een belangrijke eerstelijnsfunctie in de gezinsverzorging heeft de noodzaak van afstemming en samenwerking duidelijk gemaakt.

Elders in dit rapport is uiteengezet hoe de werkgebieden van de instellingen voor gezinsverzorging zich verhouden tot die van Kruiswerk en Algemeen Maatschappelijk Werk.

Ook zagen we al dat van de leidingevenden gezinsverzorging 2,3% deelneemt in een gezondheidscentrum en 11% in een home-team.

De eerder genoemde WVC-enquête geeft ook informatie over samenwerking van de gezinsverzorging met hulpverleners in de eerste lijn.

Een onderscheid wordt gemaakt tussen overleg op het niveau van management en directie en overleg op uitvoerend niveau. (zie tabel 23 en 24).

Tabel 23.: samenwerking op **management/directieniveau** van instellingen gezinsverzorging

samenwerking met:	% instellingen (N=200)
kruiswerk	60%
algemeen Maatschappelijk Werk	60%*)
huisarts(en)	30%
alle 3 disciplines	26%

Bron: enquête WVC (1985)

*) ongeveer de helft van de instellingen verleent zowel gezinsverzorging als maatschappelijke dienstverlening

Toch nog 40% van de instellingen heeft op directieniveau geen regelmatig overleg met het Kruiswerk en Algemeen Maatschappelijk Werk; dit overleg kan van belang zijn bij het afstemmen van werkgebieden en de taakverdeling tussen de verschillende disciplines in een regio.

Tabel 24.: samenwerking op uitvoerend niveau met kruiswerk, maatschappelijk werk en huisartsen over verschillende soorten hulp

soort hulp	% van de instellingen dat overleg heeft met:			
	kruiswerk	AMW	huisarts	alle drie disciplines
traditioneel	77%	55%	56%	45%
korte perioden	69%	44%	47%	33%
buiten kantooruren	49%	25%	28%	17%
7 x 24uurs bereikbaarh.	53%	18%	24%	12%
7 x 24uurs beschikbaar.	52%	21%	25%	13%

(Bron: WVC enquête 1985)

Met de huisartsen is op dit niveau zelfs in driekwart van de gevallen geen samenwerking.

Dat de wijkverpleging de meest nabije discipline is voor de gezinsverzorging, blijkt uit tabel 24; met de wijkverpleging is het meeste overleg. Toch is in de helft tot eenderde van de instellingen geen overleg met de wijkverpleging over de nieuwe werkvormen waarbij afstemming met de hulp van wijkverpleging belangrijk is. Met huisartsen is het overleg minder: in de helft tot driekwart van de instellingen is er geen operationeel overleg over de nieuwe werkvormen. Minder dan de helft van de instellingen meldt samenwerking op uitvoerend niveau over de traditionele gezinshulp.

Uit de enquête van de Centrale Raad voor Gezinsverzorging (1986) zijn summiere en niet gespecificeerde gegevens over samenwerking beschikbaar. Daarin worden de volgende samenwerkingspercentages genoemd: met Kruiswerk 97%, met AMW 70% en met huisartsen 61%.

Sinds enkele jaren zijn er niet alleen op niveau van de koepelorganisaties initiatieven om tot meer afstemming in de thuiszorg te komen. Ook op regionaal niveau wordt er gepraat tussen gezinsverzorging en kruiswerk over de uitvoering van de thuiszorg zonder competentiekwesties. In Drente is er bijvoorbeeld een gezamenlijk indi-

catie- en registratiesysteem voor beide disciplines tot stand gekomen en wordt er samengewerkt bij ziekenhuisnazorg en terminale zorg (afgestemde ontslagroutes; gezamenlijke entree voor hulpvragers). In de IJmond is er een geformaliseerd structureel overleg tussen wijkverpleging en gezinsverzorging over de aanpak en taakverdeling bij hulpvragen die bij één van beide binnen komen vanuit zieken- of verpleeghuizen of van huisartsen.

De Kontaktgroep Thuiszorg 2000, bestaande uit directeuren van instellingen voor gezinsverzorging en kruiswerk houdt zich bezig met het initiëren en coördineren van activiteiten gericht op samenwerking en afstemming tussen beide disciplines op uitvoerend niveau.

4.3.6. Het algemeen maatschappelijk werk

De rode draad in de beleidsvoornemens (zie schema 6 in paragraaf 4.3.5) sinds de Structuurnota is de wenselijkheid van afstemming en samenwerking van huisarts en wijkverpleegkundige enerzijds en algemeen maatschappelijk werk en gezinsverzorging anderzijds. In de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg wordt daaraan toegevoegd dat in overleg getreden zal worden met het Ministerie van CRM om gesignaleerde tekorten bij het algemeen maatschappelijk werk te bespreken. In de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen wordt gepleit voor versterking of behoud van de zorgcapaciteit van de eerste lijn, zowel wat betreft gezondheidszorg als wat betreft maatschappelijke dienstverlening. De Nota Eerstelijnszorg noemt het algemeen maatschappelijk werk als een van de vier kerndisciplines van de eerste lijn. De bevordering van de 7 x 24-uurs bereikbaarheid wordt als beleidsvoornemen genoemd. Wat betreft de capaciteit wordt gesteld dat voorlopig uitgegaan zal worden van handhaving van de op dat moment bestaande verhouding van 1 maatschappelijk werkende op ongeveer 8000 inwoners.

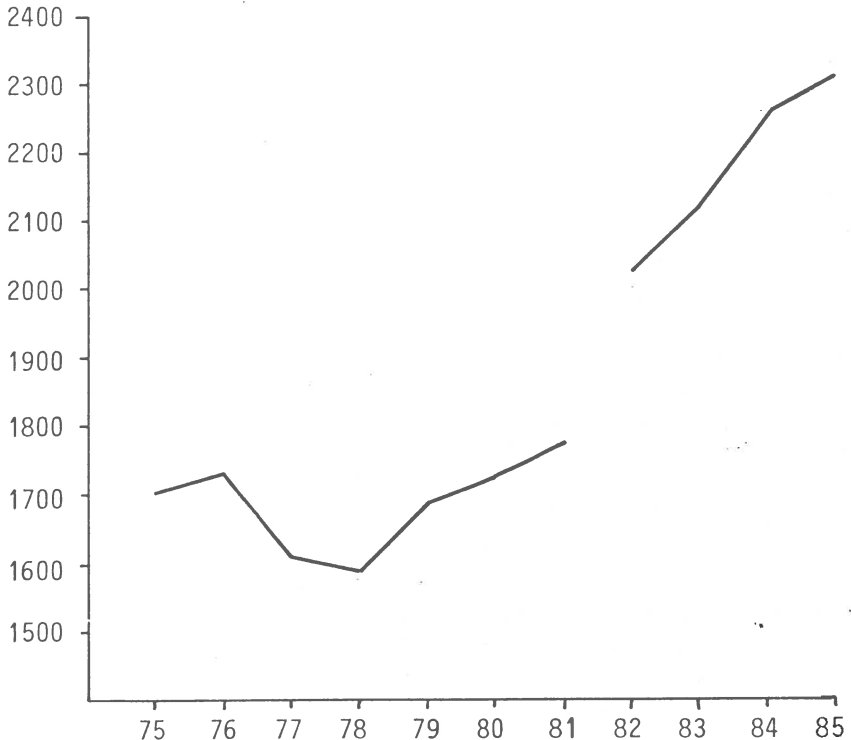
De belangrijkste concrete maatregelen met betrekking tot het algemeen maatschappelijk werk zijn geweest: de vacature-stop bij het algemeen maatschappelijk werk in 1976, de decentralisatie van de financiering van het algemeen maatschappelijk werk in 1982 en de financiële ondersteuning van de 7 x 24-uurs bereikbaarheid in 1985. De effecten van deze maatregelen zullen in de rest van deze paragraaf besproken worden. Aan het eind zullen we nog apart ingaan op een indicatie voor de samenwerking tussen algemeen maatschappelijk werk en huisarts (voor zover dat nog niet in de paragraaf over samenwerking aan de orde geweest is).

Volume-ontwikkeling

Net als bij het kruiswerk ontbreekt ook hier de financiële vertaling van de volume-ontwikkeling sinds 1974. Uit de begrotingen van CRM en WVC is geen eenduidig beeld te geven. Met name de decentralisatie in 1981, het besluit proefgemeenten, het welzijnsconvenant vier grote steden en de herschikking van de begrotingspost maken het goeddeels onmogelijk de subsidiestromen richting AMW in kaart te brengen. We beperken ons tot de volume-ontwikkeling.

De ontwikkeling van het aantal uitvoerende maatschappelijke werkers en de invloed van de vacaturestop zijn te zien in figuur 17.

Figuur 17.: aantallen uitvoerend maatschappelijk werkers (exclusief leidinggevend) tussen 1975 en 1985)



Bron: Kersten, 1985

Deze figuur geeft een daling in het aantal maatschappelijk werkers aan in 1977 en 1978 als gevolg van de in 1976 ingestelde vacaturestop. Daarna stijgt het aantal weer. De sterke stijging van 1982 ten opzichte van voorgaande jaren is vooral een gevolg van een andere manier van tellen. Vandaar dat de lijn in de figuur onderbroken is. Tot 1982 zijn er alleen cijfers bekend over de door het toenmalige ministerie van CRM gesubsidieerde arbeidsplaatsen. In 1982 is de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening in werking getreden, waardoor de subsidiëring door het Rijk is gaan plaatsvinden via de gemeenten. Met ingang van dat jaar maakt het CBS niet langer onderscheid tussen de verschillende financieringsbronnen, en worden alle arbeidsplaatsen door het CBS in de statistieken opgenomen.

Ook in de jaren na de decentralisatie van de financiering, waarvan de cijfers weer vergelijkbaar zijn, is er een toename van het aantal uitvoerende maatschappelijke werkers te zien. Er heeft dus versterking van de zorgcapaciteit plaatsgevonden.

Decentralisatie van de financiering: de decentralisatie is in hoofdstuk 3 reeds besproken. Hier kan nog toegevoegd worden dat deze decentralisatie weliswaar past in de beleidslijnen die in de Structuurnota uitgezet zijn, maar dat de decentralisatie van de financiering van één van de vier kerndisciplines niet bijgedragen heeft aan de stroomlijning van financiering en administratie.

24-uurs bereikbaarheid

Bevordering van 24-uurs bereikbaarheid werd in de Nota Eerstelijnszorg in 1983 als beleidsvoornemen naar voren gebracht. Op dat moment was in 31% van de 176 instellingen een 7 x 24uurs bereikbaarheid gerealiseerd. In 1984 is het percentage instellingen met 7 x 24-uurs bereikbaarheid gestegen tot 41%.

In 1985 wordt op de begroting van WVC structureel een bedrag van 4 miljoen gulden gereserveerd voor de invoering van een dekkend netwerk van (24-uurs) AMW-bereikbaarheidsdiensten. Dit gebeurde na het aannemen van een amendement in de Tweede Kamer waarin werd voorgesteld geld over te hevelen van de AGGZ (tweede lijn) naar het AMW. Eind 1985 ontstond duidelijkheid over de vraag of en op welke wijze het amendement kon worden uitgevoerd. Aan de gemeenten werd voor het laatste kwartaal van 1985 een bedrag van f 0,07 per inwoner ter beschikking gesteld voor de kosten van invoering van de beschikbaarheidsdiensten. Het percentage instellingen dat in 1985 7 x 24-uur

bereikbaar is, is door een iets gewijzigde vraagstelling van het CBS niet te achterhalen.

In de loop van het jaar 1986 is een driejarig experiment rond de invoering van 7 x 24-uurs bereikbaarheid van het AMW begonnen. De doelstelling van de Joint om in het kader van de eerstelijns algemene thuiszorg het hele AMW-netwerk eind 1986 24 uur per dag bereikbaar te hebben is niet gelukt. Hier liggen een tweetal oorzaken aan ten grondslag. In de eerste plaats is de regelgeving van het ministerie van WVC pas halverwege 1986 afgekomen. Een tweede oorzaak is de decentralisatie van beleid. Elke AMW instelling moet met de afzonderlijke gemeente(n) overleg voeren over de invoering. Daarna moet goedkeuring worden gevraagd aan WVC die op haar beurt de uiteindelijke toestemming verleent. Een en ander heeft geleid tot een ontheffing van de definitieve invoeringsdatum. De stand van zaken op dit moment is dat Friesland, Groningen, Drenthe, Overijssel, Brabant en Limburg een sluitende 24-uurs bereikbaarheid hebben, Gelderland eind juni en de resterende provincies eind 1987 voor 80%.

Samenwerking

De rode draad in de beleidsvoornemens is (zoals gezegd) samenwerking en afstemming van eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Deze samenwerking heeft het duidelijkst gestalte gekregen in gezondheidscentra en hometeams zoals in paragraaf 4.3.2 besproken is.

Maatschappelijk werkers in samenwerkingsverbanden krijgen meer cliënten via de huisarts en uit recent onderzoek blijkt ook dat huisartsen in gezondheidscentra relatief meer patiënten met psychosociale problemen naar het AMW verwijzen en minder naar de RIAGG (De Ridder en Visser, 1987). Algemeen maatschappelijk werkenden die niet in gezondheidscentra of hometeams werken, hebben wel meer of minder regelmatig werkcontacten met huisartsen. Ruim 80% van de maatschappelijk werkenden heeft met 4 of meer huisartsen contact en gemiddeld besteedt men daar ongeveer 2 1/2 uur per maand aan. De contacten zijn in hoofdzaak patiëntgericht. Of deze werkcontacten sinds 1974 zijn toegenomen is niet bekend. Vast staat in ieder geval dat bij het Algemeen Maatschappelijk Werk de bereidheid en behoefte aan meer samenwerking met huisartsen aanwezig is maar dat onder andere gebrek aan belangstelling van de kant van de huisarts als belemmering wordt ervaren (De Ridder en Visser, 1987).

5. SAMENVATTING EN DISCUSSIE

We hebben in dit rapport geprobeerd een evaluatie te maken van beleidsmaatregelen met betrekking tot de eerstelijns(gezondheids)zorg die sinds het verschijnen van de Structuurnota in 1974 genomen zijn. We hebben ons daarbij bescheiden opgesteld door alleen te kijken naar de rechtstreekse effecten van beleidsmaatregelen en niet naar de mate waarin achterliggende beleidsdoelen gerealiseerd zijn. Wij zullen in deze slotbeschouwing de pijlers van het beleid dat in de Structuurnota is voorgesteld - decentralisatie en regionalisering; echelonnering en versterking van het eerste echelon - nog eens langslopen.

Op het gebied van de decentralisatie zijn we nog ver af van de idealen die in de Structuurnota geformuleerd zijn. Zowel op landelijk als op lokaal niveau - getuige de gemeentelijke beleidsnota's - is veel energie gestoken in wetgevende en voorbereidende activiteiten. De oorzaak van het geringe succes van de decentralisatie kan niet gezocht worden in tegenwerking op het decentrale niveau zelf. De idealen hebben de tijdgeest niet mee gehad; hoewel decentralisatie en deregulering elkaar zeker niet uitsluiten, is de kans dat de WVG met zijn planprocedures op grote schaal ingevoerd wordt, miniem geworden. De decentralisatie is feitelijk beperkt gebleven tot het vestigingsbeleid voor huisartsen dat binnen de kaders van de WVG gerealiseerd is, terwijl een toelatingsbeleid voor enkele andere groepen vrije beroepsbeoefenaren geregeld is via de Ziekenfondswet. Daarnaast is het algemeen maatschappelijk werk gedecentraliseerd. Echter, vanuit een oogpunt van stroomlijning van financiële en administratieve procedures is deze gedeeltelijke (dat wil zeggen: voor sommige voorzieningen wel, voor andere niet) decentralisatie niet positief te beoordelen.

Een indeling van Nederland in gebieden waarin een samenhangend stelsel van voorzieningen gecreëerd moet worden, is hoewel gevorderd, nog niet gerealiseerd. Op bestuurs- en organisatorisch niveau zijn de activiteiten van de vier kerndisciplines niet op deze indeling afgestemd. Het is in dit verband op z'n minst vreemd te noemen dat bij de totstandkoming van de nieuwe structuur voor ondersteuning en deskundigheidsbevordering van huisartsen de indeling in KNMG-districten, respectievelijk PAOG-regio's gevolgd is. Vooral omdat er

binnen het kruiswerk voornemens bestaan om via herstructurering tot beperking van het aantal EKO's te komen, zou een afstemming van de gebiedsindeling van deze belangrijke disciplines tot de mogelijkheden behoren.

Wat betreft decentralisering en regionalisering is het eindoordeel op basis van de evaluatie in dit rapport dus niet positief. Positiever kunnen we zijn over de echelonnering. Er heeft een integratie plaatsgevonden van de zorgsector (algemeen maatschappelijk werk en gezinsverzorging) in het eerste echelon en op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft een herstructurering plaatsgevonden, waarbij de huisarts de verwijzer naar de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg is. Zeker ook in vergelijking met ons omringende landen (internationale aspecten van het beleid met betrekking tot de eerste lijn komen in een latere fase van het project uitgebreider aan de orde) heeft het Nederlandse gezondheidszorgsysteem een duidelijke eerste lijn waar generalistische zorg geleverd wordt en waarlangs de toegang tot meer gespecialiseerde zorg geregeld is.

Handhaving van dit systeem in de toekomst of uitbreiding zoals de WHO bepleit, vereist dat alle hulpverleners in de eerste lijn voldoende toegerust zijn voor hun taken. Over de mate waarin dat op dit moment het geval is, vindt disucssie plaats. De verschuivingen in de gezondheidszorg die in de Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen zo duidelijk schematisch weergegeven zijn, zullen een taakverzwaring in de eerste lijn betekenen. Het is de vraag in hoeverre in opleiding en nascholing gedurende de afgelopen jaren voldoende gepreludeerd is op de aard van deze taakverzwaring. Immers, er is bijvoorbeeld in het kruiswerk - maar niet alleen daar - sterk de nadruk gelegd op preventie, GVO en psychosociale ondersteuning en begeleiding, terwijl de taakverzwaring als gevolg van verschuivingen van tweede naar eerste lijn ook op somatisch gebied zware eisen zal stellen. De toekomst van de echelonnering staat of valt met de aanpassing van de eerste lijn aan deze ontwikkelingen. Als die aanpassing niet plaatsvindt, zal in toenemende mate thuiszorg georganiseerd worden vanuit intramurale instellingen. Bij- en nascholing van eerstelijns-hulpverleners zal hierop moeten inspelen. De verlenging van de opleiding tot huisarts die onder meer tot doel heeft het basistakenpakket van de huisarts uitvoerbaar te maken, is een noodzakelijk en belangrijke ontwikkeling in deze. We moeten er echter rekening mee houden dat de doorwerking van een verlengde opleiding

zeer langzaam is. De doorwerking van de eenjarige opleiding tot huisarts in het bestand van praktizerende huisartsen is illustratief voor de traagheid waarmee dit soort processen plaatsvindt.

In de afgelopen jaren is de horizontale integratie van de eerste lijn voortgeschreden, niet alleen door het tot stand komen van gezondheidscentra - waarvan de groei overigens op dit moment stagneert - maar ook door de vorming van lossere samenwerkingsverbanden zoals hometeams. Het is een positieve ontwikkeling dat de gezinsverzorging relatief goed vertegenwoordigd is in de hometeams. Met het oog op de toekomst is een verdergaande horizontale integratie van de eerstelijnszorg van belang. Naast de al genoemde taakverzwaring op somatisch gebied, zal namelijk aandacht besteed moeten worden aan de coördinatie van de zorg bij verschuivingen van tweede naar eerste lijn.

Behalve door de stimulering van horizontale integratie (de subsidies voor gezondheidscentra en ondersteuning) heeft versterking van de eerste lijn ook plaatsgevonden door maatregelen ten behoeve van de afzonderlijke disciplines. Bij de huisartsen is de gewenste, maar autonoom tot stand gekomen daling van de praktijkgrootte gevolgd door successieve aanpassingen van de rekennormpraktijk. Dat verdere daling van de rekennormpraktijk gekoppeld is aan het bereiken van concrete resultaten, zoals daling van het verwijscijfer, past in de verschuiving die te zien is in de discussies over het gewenste honoreringssysteem van huisartsen (van voorstellen voor een uniform abonnementssysteem, naar een gedifferentieerd abonnementssysteem en verder naar gerichte financiële prikkels door een gedeeltelijk verichtingensysteem). Voor kruiswerk, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk is de bevordering van de 7 x 24-uurs bereikbaarheid/beschikbaarheid ter hand genomen. Hierdoor komen de vier kerndisciplines dichterbij elkaar; immers, de huisarts was lange tijd de enige hulpverlener waar men dag en nacht terecht kon.

Tot slot, het accent in het beleid heeft de afgelopen twaalf jaar sterk op herstructurering van de gezondheidszorg gelegen. Dit heeft geleid tot een duidelijk afgebakende en op sommige punten ook versterkte eerste lijn. Wat nu bereikt is, kan echter geen eindpunt zijn. De voorwaarden zijn geschapen om de veranderingen die er op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg staan aan te komen, op kwalitatief hoog niveau in de eerste lijn op te vangen. Voorwaarde is dat bij handhaving van de structurele verworvenheden, geïnvesteerd wordt in kwaliteit.

LITERATUUR

- BAKKER, D.H. DE, M.J.P. WULMS. Gemeentelijk beleid voor de eerste-lijns(gezondheids)zorg. Interimrapport: Een verkenning van de mogelijkheden en activiteiten. Utrecht: NIVEL, 1986
- Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties. Nederlandse Staatscourant; 1981, no. 107, p. 8-11
- BEUSMANS, G.H.M.J. Evaluatie en toetsing geïntegreerd: een meerjarig nascholingscurriculum voor huisartsen in Limburg. Medisch Contact; 40, 1985, no. 11, p. 328-330
- BOERMA, W.G.W. Verschuivingen in de verloskundige zorg: wat doet de dokter? Medisch Contact; 38, 1983, no. 32, p. 985-990
- BOERMA, W.G.W. Home-teams 1985: Cijfers over samenwerking 8. Utrecht: NIVEL, 1986
- BOERMA, W.G.W., N.E. WARMENHOVEN. Patiëntenparticipatie in gezondheidscentra. Utrecht: NIVEL, 1986
- BOOY, F., P. SCHNABEL. Externe serviceverlening door de AGGZ aan de eerste lijn. Een jaarverslagenonderzoek. Utrecht: NCGV, 1980
- BROUWER, W., P.D. KERKHOF, P. POP. Diagnostisch centrum Maastricht: de relatie 1^e en 2^e lijn in ontwikkeling. Evaluatie van het experiment. Maastricht: Rijksuniversiteit, 1983
- CCBOH (Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts). De duur van de beroepsopleiding tot huisarts in Nederland. Eindrapportage deelproject B. CCBOH: 12, 1986
- CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING. Informatiebulletins. Utrecht: CRvG
- DEKKER, E. Achtergronden van de Nota 2000 en de rol van de sociale wetenschappen. Gezondheid en Samenleving; 7, 1986, no. 4, p. 180-186
- ES, J.C. VAN, R.A. DE MELKER, F.C.L. GOOSMAN. Kermerken van de huisarts: deel 2. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983
- FEEN, J.A.E. VAN DER. Hoeveel uur per jaar besteedt de Nederlandse huisarts aan georganiseerde nascholing? Medisch Contact; 40, 1985, no. 12, p. 352
- GELDORP, G. VAN. Driejarige beroepsopleiding tot huisarts: noodzaak, kwaliteiten, invulling. Medisch Contact; 38, 1983, no. 48, p. 1503-1507
- GHI. Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. Jaarverslag 1985. Leidschendam: GHI, 1986

- GROENEWEGEN, P.P. Locatiekeuze en huisartsendichtheid. Een verklaring van regionale verschillen en veranderingen. Utrecht: NIVEL, 1985
- HEIJ, P.R., J.H.M. VAN KESTEREN, V. VELDHEER, P.W. VOOGT, W. WIERTSEMA. Gedecentraliseerd welzijnsbeleid. Rijswijk: Stuurgroep Ontwikkelings Projecten, 1986
- HINGSTMAN, L. Statistische gegevens per 1 januari 1985 over huisartsen, adspirant huisartsen en verloskundigen. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1985
- HONIGH, M. Doeltreffend beleid. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1985. Dissertatie
- Invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17720, nrs. 1-2 (Bouwstenen notitie), 1982; vergaderjaar 1983-1984, 17720, nr. 3, 1983; vergaderjaar 1983-1984, 17720, nr. 5, 1984
- JANSEN, P., M. DE VRIES. Patiëntenstromen in Midden-Kennemerland. Utrecht: Geografisch Instituut Rijksuniversiteit Utrecht, 1986
- JOINT. Reactie op de Nota Eerstelijnszorg. 's-Hertogenbosch: Joint, 1984
- JOLING, W. Overheidsbeleid en onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg 1965-1985. In: De eerstelijns onderzocht. Red. W.G.W. Boerma en L. Hingstman. Utrecht: NIVEL, 1985
- KERSTEN, D. Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerstelijns. Utrecht: NIVEL, 1985
- KERSTEN, T.J.J.M.T. Algemeen Maatschappelijk Werk. In: Overzichtsstudie Onderzoek eerstelijns. Redactie: E.M. Sluijs, J.P. Dopheide en J. van der Zee. Utrecht: NIVEL, 1985
- KESTEREN, J.H.M. VAN. Van planning naar beleid: verslag van een onderzoek naar veranderingen in de praktijk van de bestuurlijke experimenten specifiek welzijn. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1986
- KRIJGSMAN, A.R. Georganiseerde nazorg in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1986
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR; Concept-besluit gebiedsindeling WVG/WZV. Leidschendam/Rijswijk: DGVgz/Stabo 121010, 1986
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Rapportage telefonische enquête gezinsverzorging. Rijswijk: Staatsuitgeverij, 1985
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974

- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Nota beleidsvoor-
mens betreffende de kostenbeheersing in de gezondheidszorg.
Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 14044, nr. 1
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000.
's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Nota betreffende
het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kos-
tenontwikkeling. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Memorie van Toe-
lichting bij de Rijksbegroting Ministerie van Volksgezondheid en
Milieuhygiëne/Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cul-
tuur. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974-1987
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Schets van de Eer-
stelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Volksgezond-
heidsbeleid bij beperkte middelen. 's-Gravenhage: Staatsuitgeve-
rij, 1983
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Eerste-
lijnszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Financieel over-
zicht gezondheidszorg (en maatschappelijk welzijn) 1978-1987.
's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1977-1986
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk: feiten en cijfers. Bunnik: Na-
tionale Kruisvereniging, 1986
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk in Beeld: verantwoording 1981-
1985, meerjarenraming 1987-1990. Bunnik: Nationale Kruisvereni-
ging, 1986
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk in beweging: verantwoording
1981-1986, meerjarenraming 1988-1992. Bunnik: Nationale Kruis-
vereniging, 1986
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Algemeen Profiel van de Functie van wijk-
verpleegkundige; discussienota. Bunnik: Nationale Kruisvereni-
ging, 1985
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Schaalgrootte van de erkende kruisorgani-
saties. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies verpleegkundig be-
roepsprofiel. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezond-
heid, 1984
- PETERS, L. Financiële problematiek van gezondheidscentra, fase II.
Studies naar samenwerking no. 7. Utrecht: NHI, 1984
- PETERS, J.H. Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg.
Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema. Universiteit van Amsterdam,
1982 (Dissertatie)

- PUIJLAERT, F.W.J., M.C.I.M. DIERICK. Het raadplegen van de diagnost: Over het gebruikmaken van de medisch-technische onderzoeksfaciliteiten in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap; 22, 1979, p. 192-197
- PUIJLAERT, F.W.J. Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnost. II: Directe contacten huisarts met radiodiagnosten, chemici en bacteriologen: een oriënterend onderzoek. Medisch Contact; 33, 1978, 1176-1179
- RIDDER, D.T.D., G.J. VISSER. Een onderzoek naar samenwerking tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg (NIVEL/NcGv; verschijnt binnenkort)
- SLOAN, F.A., J. VALVONA. Why has hospital length of stay declined? An evaluation of alternative theories. Social Science and Medicine; 22, 1986, no. 1, p. 63-73
- SLUIJS, E.M., J.P. DOPHEIDE, J. VAN DER ZEE. Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns: stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. Utrecht: NIVEL, 1985
- SWINKELS, M.A.A. Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening. Studies naar samenwerking no. 2. Utrecht: NHI, 1981
- TWEDE KAMER, 1981-1982. Kamerstuk 17.100, hoofdstuk XVII, nr. 21, p. 33. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE GEMEENTEN. Vestiging en praktijkomvang huisartsen: Groene reeks nr. 81. 's-Gravenhage: VNG, 1986
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN. Jaarboek Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen '84. Zeist: VNZ, 1985
- WARMENHOVEN, N.E., W.G.W. BOERMA. Gezondheidscentra en Groepspraktijken per 1 januari 1986. Cijfers voor samenwerking 9. Utrecht: NIVEL, 1986
- WIJKEL, D., D. VAN DER GRIJN. Huisarts en diagnostisch centrum Utrecht. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1982
- WULMS, M.J.P. De eerstelijns(gezondheids)zorg in gemeentelijke beleidsnota's. Een analyse in het licht van de Rijksoverheid. Utrecht: NIVEL, 1987
- ZEE, J. VAN DER. Herverkavelen in de gezondheidszorg. Medisch Contact; 40, 1985, no. 41, p. 1265-1267

NOTEN

1. In onderstaand figuur is aangegeven welke typen beleid, middelen en instrumenten beschikbaar zijn voor het voeren van gezondheidsbeleid. Daarbij dient opgemerkt te worden dat zich tussen 1 en 2 de fase bevindt van toepassing van de criteria en operationaliteit (Dekker, 1986).

1	2	3	4
DOELFORMULERING	TYPE BELEID	MIDDELEN	INSTRUMENTEN
specificering van gezondheidscoelen	- facetbeleid inclusief gezondheidsbescherming*	- intersectorale overeenkomsten	- belangen- en prioriteitsanalyse; - beïnvloeding maatschappelijke waardering; - voorlichting; - wetensch. onderz.
	- preventiebeleid	- bevolkingsonderzoek - GVO	- intersectoraal overleg; - wet- en regelgeving;
	- voorzieningenbeleid	- planning i.c. bepaling functie, capaciteit en samenhang	- informatie en educatie; - richtlijnen en kwaliteitseisen ex WZV/WVG; - FOGM - verstrekkingenbesluiten etc. ex AWBZ/ZFW; - aanwijzingen en richtlijnen ex WTG; - subsidies;

* Gezondheidsbescherming is organisatorisch een onderdeel van het directoraat-generaal van de volksgezondheid maar valt buiten het beleidsterrein van de gezondheidszorg.

2. Het belang van dit onderscheid ligt vooral in het gegeven dat het rijk bij een decentrale beleidsuitvoering een deel van de controle over het beleid uit handen geeft. Het gevolg hiervan kan zijn dat het beleid conform de bedoeling van de rijdsverheid wordt uitgevoerd, maar voorbeelden waarin sprake is van vertraging, vervorming of in het geheel niet uitvoeren van het beleid van de centrale overheid door lagere overheden zijn talloos (Honigh, 1985).
3. Het maakt, zoals Honigh opmerkt, voor de effectiviteit van het rijksbeleid uit, of het beleid per saldo leidt tot een gepercipieerde beperking of een gepercipieerde verruiming van de gedragsalternatieven van de beleidsobjecten. Honigh spreekt dan ook gemakshalve van 'beperkend' versus 'verruimend' beleid (Honigh p.37).
4. Subsidies herstructurering en ontwikkeling voorzieningen gezondheidszorg

	raming	vermoedelijk beloop
1976	1.170.000	
1977	1.303.900	853.000
1978	1.377.000	1.198.000
1979	6.935.000	2.228.000
1980	13.643.200	10.430.800
1981	13.356.000	8.188.800
1982	13.728.000	10.124.500
1983	24.500.000	20.526.700
1984	28.948.000	33.410.000
1985	33.743.000	36.177.000
1986	39.243.000	
1987	41.190.000	

5. Subsidies ter versterking eerstelijns²

	raming	toegestaan	vermoedelijk beloop
1974	1.850.000		758.900
1975	2.500.000		1.265.500
1976	5.340.000		3.800.000
1977	11.000.000		4.328.900
1978	11.050.000	5.410.000	5.408.000
1979	9.028.000	5.875.000	6.017.900
1980	10.003.700	6.274.100	4.631.600
1981	9.483.000	9.323.000	7.148.900
1982	8.091.500	8.091.500	10.355.600
1983	8.987.900	8.987.900	10.113.900
1984	12.430.000	12.430.000	13.418.000
1985	17.507.000	17.532.000	17.894.000
1986 ³	31.234.000	31.234.000	
1987 ³	32.535.400		

1. Bron: Begroting(sbehandeling) VOMIL en WVC 1974-1987.
2. De extra gelden voor het Kruiswerk zijn hier buiten beschouwing gelaten. Evenals gelden voor de regionalisatie en herstructurering gezondheidszorg.
3. Inclusief de circa 8 miljoen voor de ondersteuning huisartsen.

6. Uitbreiding personeelsbestnad kruisverenigingen in formatieplaatsen

	1974	1975	1976	1977	1978	1979 ¹	(1979) ²	1980
Hoofdwijkverpl.k.	125	139	171	178	201	234	(340)	246
Wijkverpl. + verpl.k. i/d wijk	3636	3671	3742	3793	3852	1957	(4200)	4157
Wijkziekenverzorgende	313	380	447	558	616	666	(750)	772
		1981	1982 ³	1983 ²	1984 ²	(1984) ⁴	1985 ⁵	1986 ⁵
Hoofdwijkverpl.k.		390	-	480	510	(452)	530	526
Wijkverpl. + verpl.k. i/d wijk		4368	4492	4570	4690	(4666)	4890	5009
Wijkziekenverzorgende		931	1050	1140	1200	(1139)	1280	1270

1. Tot en met 1979 werden direct patiëntgerichte functies van het kruiswerk door het departement gesubsidieerd waarvoor een personeelsoverzicht werd bijgehouden. Sinds de invoering van het kruiswerk in de AWBZ worden de personeelssterktegegevens niet meer als vanzelfsprekend aan het ministerie verstrekt. De cijfers die de NK geeft in Kruiswerk in beeld en Kruiswerk in beweging wijken af van de cijfers uit de NK jaarverslagen en van het CBS.
2. Kruiswerk in beeld. Voor 1985 exclusief herbezetting arbeidsduurverkorting 1984-1985.
3. Jaarverslag NK, 1982-1983. Geschatte aantallen.
4. CBS, 1986.
5. Kruiswerk in beweging. Exclusief herbezetting 1985.