

GEMEENTELIJK BELEID VOOR DE EERSTELIJNS(GEZONDHEIDS)ZORG

Interimrapport

EEN VERKENNING VAN MOGELIJKHEDEN EN ACTIVITEITEN

D.H. de Bakker, I  
maart 1986.

 **NIVEL**  
**bibliotheek**  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg.  
Postbus 1568 3500 BN UTRECHT Telefoon: 030-319946.

86.340.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bakker, D.H. de

Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg:  
interimrapport: een verkenning van mogelijkheden en  
activiteiten/D.H. de Bakker, M.J.P. Wulms. - Utrecht: Nederlands  
Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL  
- III.

ISBN 90-6905-022-6

SISO 614 UDC 352.07:(364.444+614)(492)

Trefw.: eerstelijnsgezondheidsgezondheidszorg; Nederland;  
gemeentebeleid.

Typewerk: E. van Baal

Vormgeving en lay-out: M. Cornelius

## VOORWOORD

In dit interimrapport worden de resultaten beschreven van de oriënterende fase in het onderzoeksproject "Gemeentelijk Beleid met betrekking tot de Eerstelijns(gezondheids)zorg". De **probleemstelling** van dit project luidt als volgt (Projectvoorstel, 1985, p.2):

- Welke beleidsactiviteiten ontplooiën de Nederlandse gemeenten op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg?

Hierbij dient onderscheid gemaakt te worden naar activiteiten binnen de eigen gemeente, activiteiten in samenwerking met andere gemeenten, en activiteiten ten opzichte van hogere overheden (bijvoorbeeld in het kader van de zogenaamde bestuursorganisatorische maatregelen).

- Hoe hangen deze activiteiten samen met de gemeentegrootte, urbanisatiegraad en politieke samenstelling van de gemeenteraad, etc.?

Het project wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en moet tegen de achtergrond worden gezien van de **invoering van de WVG**. Bij een evaluatie van wat die wetgeving te zijner tijd heeft opgeleverd aan gemeentelijk beleid, is een inventarisatie van de huidige beleidsactiviteiten als vergelijkingsbasis noodzakelijk. Op dit moment ontbreekt inzicht in de activiteiten die gemeenten ontplooiën, zowel vooruitlopend op de wetgeving als geheel buiten het kader van de wetgeving op eigen initiatief. Gegevens over gemeentelijke beleidsactiviteiten zullen worden verzameld door middel van een schriftelijke enquête onder Nederlandse gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden.

Ter ondersteuning van het onderzoek is een **begeleidingscommissie** in het leven geroepen. Vertegenwoordigd zijn van het ministerie van WVC, de Hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg en het Stafbureau Beleidsontwikkeling. Verder hebben een medewerker van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en een medewerker van het inmiddels opgeheven S-1 project (op persoonlijke titel) zitting in de commissie. In de oriënterende fase van het onderzoek, waar dit rapport een afsluiting van vormt, wordt de constructie van een vragenlijst voorbereid door het houden van **interviews** onder (inter)gemeentelijke ambtenaren en wethouders, die de gezondheidszorg in hun portefeuille hebben. Bovendien zijn de mogelijkheden die gemeenten hebben of in het kader van de WVG krijgen aan de hand van de beschikbare documenten op een rijtje gezet. Daarmee is een kader geschapen waarin de gemeentelijke activiteit kan worden geplaatst. Beide exercities hebben niet alleen nuttige informatie opgeleverd voor het

verdere verloop van het onderzoek naar het gemeentelijk beleid, maar ook werden zoveel indrukken opgedaan dat afzonderlijke rapportage de moeite loont. Het voorliggende werk is het resultaat.

## **INHOUD**

### **VOORWOORD**

<b>1. INLEIDING</b>	<b>7</b>
<b>2. GEMEENTELIJKE MOGELIJKHEDEN VOOR EEN EERSTELIJNSBELEID</b>	<b>10</b>
2.1. De periode voor de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg	10
2.2. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg	14
2.3. De invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg	18
2.4. Vestigingsbesluit huisartsen	26
2.5. Samenvatting	31
<b>3. OPZET VAN DE INTERVIEWRONDE</b>	<b>33</b>
<b>4. BESTUURLIJKE ASPECTEN VAN GEMEENTELIJK BELEID VOOR DE EERSTE LIJN</b>	<b>38</b>
4.1. Intergemeentelijke samenwerking	38
4.2. Bestuursorganisatorische maatregelen	42
4.3. Gemeentelijke beleidsprocessen	48
4.4. Randvoorwaarden voor een gemeentelijk beleid	50
4.5. Bestuurlijke knelpunten bij een gemeentelijk eerstelijnsbeleid	52
<b>5. INHOUDELIJKE ASPECTEN VAN GEMEENTELIJK BELEID VOOR DE EERSTE LIJN</b>	<b>54</b>
5.1. Houding ten aanzien van de WVG	54
5.2. Vestigings- en erkenningenbeleid	56
5.3. Afstemming van werkgebieden	59
5.4. Samenwerking tussen hulpverleners	63
5.5. Gebruikersparticipatie	66
5.6. Inhoudelijke knelpunten bij een gemeentelijk eerstelijnsbeleid	68
<b>6. ACHTERGRONDEN VAN GEMEENTELIJK BELEID VOOR DE EERSTELIJN</b>	<b>70</b>
6.1. Structurele factoren	70
6.2. Relatie met veld, gebruikersorganisaties en ziekenfonds	72

<b>7. SAMENVATTING EN CONCLUSIE</b>	75
<b>LITERATUUR</b>	77
Bijlage I: Interviewprotocol	81
Bijlage II: Geautoriseerde interviewverslagen	84
Bijlage III: Lijst van gebruikte afkortingen	148

## 1. INLEIDING

De toenemende bemoeienis van gemeenten met de eerstelijns(gezondheids)zorg komt voort uit een tweetal veranderingsprocessen. In de eerste plaats is er een toenemende bemoeienis van de overheid in het algemeen met zaken de gezondheidszorg betreffende. Deze ontwikkeling begon met de bekende Structuurnota Gezondheidszorg en kwam voort uit de wens meer samenhang in de gezondheidszorg aan te brengen en de sterk stijgende kosten te beheersen. Voor een overzicht van de ontwikkelingen zie Dopheide (1985).

In de tweede plaats speelden zich in het binnenlands bestuur een aantal ontwikkelingen af die leidden tot een belangrijke rol van de gemeenten in het beleid voor de gezondheidszorg. De wens om te komen tot een **decentralisatie** van bevoegdheden, voortkomend uit overwegingen met betrekking tot doelmatigheid en afstand tussen overheid en burger, leidde tot een groeiende belangstelling voor de gemeente als beleidsvoerende instantie. Het niet doorgaan van de invoering van een nieuwe bestuurslaag (gewesten of mini-provincies) betekende, dat bij decentralisatie de gemeente al snel de meest aangewezen instantie was om deze taken uit te voeren. In het geval dat bepaalde taken verder strekten dan de gemeentegrenzen en/of te omvangrijk waren voor het gemeentelijk apparaat werden gemeenschappelijke regelingen met andere gemeenten getroffen.

Als gevolg van deze ontwikkelingen was het bij de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg voor de hand liggend dat de gemeente de eerstelijns(gezondheids)zorg kreeg, aangezien die op het lokale niveau is georganiseerd en wordt uitgevoerd. Voordeel van planning van eerstelijnsvoorzieningen op lokaal niveau is dat afstemming met andere beleidssectoren (bijv. welzijnsbeleid, ruimtelijke ordening) mogelijk wordt. Tevens kan sneller worden ingespeeld op de lokale behoefte en worden knelpunten eerder gesignaleerd. Daarnaast leidt het streven naar meer samenwerking binnen de eerste lijn tot een sterkere behoefte aan organisatie en management. Aangezien de zelforganisatie van werkers in de eerste lijn niet volledig in die behoefte kan voorzien kan de gemeente een belangrijke coördinerende en initiërende rol gaan spelen (Schrijver, 1982).

Het onderzoeksproject gemeentelijk beleid met betrekking tot de eerstelijns(gezondheids)zorg moet worden gezien in het licht van bovenstaande ontwikkelingen. Aan de vooravond van de invoering van de WVG willen wij weten welke activiteiten gemeenten ontplooiën ten aanzien

van de eerstelijns(gezondheids)zorg en wat verklarende factoren zijn voor verschillen in mate van en soort activiteit.

Het onderzoek is dus enerzijds inventariserend en anderzijds verklarend van aard. Om een landelijk representatief inzicht te verkrijgen van de mate en soort van activiteit die gemeenten ondernemen is een **schriftelijke enquête** voorzien. In dit rapport wordt verslag gedaan van de **oriënterende fase** van het onderzoek. Ter voorbereiding van de uitvoering van het hoofdonderzoek zijn de volgende vragen gesteld:

1. Welke mogelijkheden hebben gemeenten om een beleid te voeren voor de eerstelijns(gezondheids)zorg?
2. Welke activiteiten ontplooiën gemeenten om een beleid te voeren voor de eerstelijns (gezondheids)zorg?
3. Wat zijn mogelijke verklaringen voor de mate en soort van activiteit?

Ter beantwoording van de eerste vraag is aan de hand van de beschikbare documenten nagegaan wat de mogelijkheden van een gemeente zijn om een beleid voor de eerste lijn te voeren. Daarbij is zowel gelet op de bevoegdheden die gemeenten al hebben als op de nieuwe mogelijkheden, die gemeenten in het kader van de WVG krijgen. Ook wordt ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de invoering van de WVG, een invoering die veel trager verloopt dan aanvankelijk voorzien. De neerslag van deze werkzaamheden vindt u in hoofdstuk 2. Daarmee is het kader geschapen waarin de gemeentelijke activiteit op het gebied van de eerste lijn moet worden gezien.

De vraag wat voor activiteiten gemeenten ondernemen is onderzocht door middel van het houden van een **interviewronde** onder gemeentefunctionarissen. De activiteiten, die gemeenten in samenwerking met andere gemeenten ondernemen zijn daarbij nadrukkelijk meegenomen door ook intergemeentelijke samenwerkingsverbanden in de interviewronde te betrekken. Nadrukkelijk zij gesteld dat het niet de bedoeling is om een representatief beeld te scheppen van de activiteiten van Nederlandse gemeenten op het gebied van de eerste lijn. Het gaat erom een indruk te krijgen van de range aan activiteiten die gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden zoal ondernemen. Daarom zijn voor de interviews gemeenten gekozen waarvan bekend was dat zij al op de een of andere wijze actief zijn geweest.

Op basis van de in hoofdstuk 2 beschreven documenten en enkele gemeentelijke beleidsnota's is een interviewprotokol opgesteld. Gezien het feit dat dit deel van het onderzoek oriënterend is, is de vraagstelling ruim geweest. Op een tiental thema's is gevraagd naar de huidige stand van zaken en naar de plannen en verwachtingen voor de



toekomst. Onderscheid wordt daarbij gemaakt tussen de activiteiten, die gemeenten intern hebben ontwikkeld om tot een beleid te komen en activiteiten, die direct op het veld betrekking hebben. In hoofdstuk 3 worden de verschillende thema's gepresenteerd. Ook zal in dit hoofdstuk nader worden ingegaan op de selectie van gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden.

De derde vraag hangt samen met het tweede deel van de probleemstelling van het hoofdonderzoek. De relatie van de gemeentelijke activiteit met **achtergrondkenmerken** van gemeenten als bevolkingsomvang, urbanisatiegraad en politieke kleur. In de interviews zal worden getracht aanwijzingen te vinden voor verklaringen voor verschillen tussen gemeenten. In de eerste plaats is hiertoe ingegaan op knelpunten bij het voeren van een gemeentelijk beleid. Analyse van knelpunten kan mogelijk meer structurele verklaringen voor het al of niet actief zijn aan het licht brengen. Ten tweede zijn aanwijzingen te halen uit de verschillen, die optreden tussen de verschillende gemeenten.

Voorzichtigheid is hierbij geboden aangezien de geselecteerde gemeenten niet representatief zijn. Ten derde is aan geïnterviewden een oordeel gevraagd over de rol van een aantal achtergrondvariabelen voor het gemeentelijk beleid. De verslaglegging van de gehouden interviews vindt plaats in hoofdstuk 4 voor wat betreft de bestuurlijke en hoofdstuk 5 voor wat betreft de op het veld gerichte activiteiten. De rapportage vindt geïntegreerd plaats rond de ten behoeve van het interview-protocol geformuleerde thema's. Per hoofdstuk worden de gesignaleerde knelpunten op een rijtje gezet. Op mogelijk verklarende factoren voor verschillen in gemeentelijk beleid wordt in hoofdstuk 6 ingegaan. Hoofdstuk 7, tenslotte, bevat een samenvatting en de conclusie.

## 2. GEMEENTELIJKE MOGELIJKHEDEN VOOR EEN EERSTELIJNSBELEID

Dit hoofdstuk geeft een schets van de mogelijkheden van gemeentelijke overheden om een beleid te voeren toegespitst op de eerstelijns(-gezondheids)zorg. De resultaten van deze terreinverkenning zullen richting moeten geven aan de opzet van het onderzoek en met name de te formuleren vragen voor de interviews. Dit zal het onderwerp zijn van hoofdstuk 3. De aanknopingspunten voor een te voeren beleid liggen in een verscheidenheid van wetten. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) lijkt de meest betekenisvolle kansen te bieden voor de totstandkoming van een gemeentelijk beleid. Hieronder wordt allereerst een beschrijving gegeven van die mogelijkheden, die de gemeenten voor de komst van de WVG reeds hadden. Daarna wordt de WVG centraal gesteld, zoals die is aangenomen door de Eerste Kamer op 8 september 1982. Vervolgens wordt ingegaan op de invoering van deze raamwet en ontwikkelingen daaromtrent. Tot slot komt het, in het kader van de WVG genomen, vestigingsbesluit huisartsen aan de orde.

### 2.1. De periode voor de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

Gemeentelijke overheden die in de afgelopen decennia de behoefte ondervonden om een beleid ten aanzien van de eerstelijns(gezondheids)zorg te voeren, konden daarbij gebruik maken van een aantal mogelijkheden, die ook nu nog aangewend kunnen worden.

In de eerste plaats is de gemeenteraad op grond van artikel 168 van de **Gemeentewet** (1851) bevoegd verordeningen te maken, die o.a. in het belang van de gezondheid worden vereist. Het dient duidelijk gesteld te worden, dat het hier niet om een verplichting gaat, eerder is er sprake van een verantwoordelijkheid, zodat slechts met enige voorzichtigheid van een gemeentelijke taak op het terrein van de volksgezondheid gesproken kan worden (althans op grond van de Gemeentewet). De totstandkoming van een dergelijke verordening hangt daarom af van de lokale (politieke) wil om tot maatregelen te komen. De gemeente Lelystad heeft als eerste een poging ondernomen om op grond van artikel 168 een vestigingsbeleid voor de eerste lijn in te stellen. Overigens is dit niet geheel verwonderlijk aangezien het een nieuwe gemeente betreft, waar vanuit het niets de gezondheidszorg gestalte moest krijgen. Door een op 29 november 1979 door de gemeenteraad aangenomen verordening werd het aan huisartsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen en fysiotherapeuten verboden om

zich zonder vergunning van Burgemeester en Wethouders in Lelystad te vestigen. Om zo'n vergunning te krijgen zouden de betrokken hulpverleners moeten voldoen aan een aantal eisen, die door B en W gesteld werden, o.a. de bereidheid in een gezondheidscentrum te werken. Deze vestigingsverordening werd bij beschikking van 9 september 1981 door de Kroon vernietigd. De verordening werd in strijd bevonden met de Wet regelende de uitoefening van de Geneeskunst (1865), die een vrije vestiging toestaat aan medici, indien en zodra deze kunnen aantonen bevoegd te zijn. (Martini en Van Nimwegen, 1980; Martini 1981; Harderwijk, 1981).

De Gemeentewet heeft door dit besluit haar vermeende betekenis voor het voeren van een vestigingsbeleid verloren. Dit betekent niet dat er geen behoefte is aan een vestigingsbeleid. Integendeel aan de WVG (zie met name par. 2.2 en 2.4) zal zo'n beleid opgehangen worden. Er zullen dan landelijk uniforme regels gelden, terwijl onder de Gemeentewet nogal wat lokale verschillen zouden kunnen ontstaan. De vraag rijst of de mogelijkheden, die de Gemeentewet in de vorm van het maken van verordeningen op andere beleidsterreinen nog altijd biedt, door gemeenten zullen worden aangegrepen. Ongetwijfeld heeft de aankondiging en de komst van de WVG veel gemeenten een afwachtende houding gegeven met het oog op de toegezegde bevoegdheden en misschien meer bruikbare instrumenten om tot een beleid te komen.

Naast de mogelijkheid die de Gemeentewet biedt, zijn er ook aanknopingspunten te vinden in de **Wet op de Ruimtelijke Ordening** (1962). Met behulp van bestemmingsvoorschriften zijn gemeenten in staat om bindend voor te schrijven of een woonhuis of een gedeelte daarvan bestemd mag worden voor het vestigen van een praktijk. In feite komt dit neer op een vestigingsbeleid en als zodanig wordt het als een oneigenlijk middel beschouwd, dat in de praktijk ook nauwelijks bruikbaar blijkt te zijn. (Martini en Van Nimwegen, 1980). Wat bestemmingsplannen voor nieuwbouwwijken betreft kan er toch van een bruikbaar instrument gesproken worden, niet alleen voor het vaststellen van de plaats van accommodatie van de gezondheidszorgvoorzieningen, maar ook voor het karakter van de hulpverlening. Zo stelt Swinkels (1981) dat de gemeente Amsterdam al vanaf het begin van de jaren zeventig met behulp van de Wet op de Ruimtelijke Ordening een actief stimulerend beleid gevoerd heeft voor multi-disciplinaire samenwerking in het algemeen en gezondheidscentra in het bijzonder. Het stimuleren van de totstandkoming van gezondheidscentra heeft o.a. door het reserveren van ruimte in bestemmingsplannen gestalte gekregen. De gemeente Den Haag heeft met hetzelfde instrument de

vestiging van wijkaccomodaties in stadsvernieuwingsgebieden en nieuwbouwwijken, van waaruit verschillende hulp- en dienstverleners ruimtelijk geconcentreerd praktisch uitoefenen, gestimuleerd. Anders dan in Amsterdam wordt samenwerking hiermee minder nadrukkelijk gestimuleerd. Beide gemeenten hebben zich overigens beperkt tot het treffen van positieve maatregelen, die de ontwikkeling in de gewenste richting stimuleren. Beperkende maatregelen, die trachten ongewenste ontwikkelingen tegen te gaan, zoals bijvoorbeeld de vestiging van solo-huisartsen in de nabijheid van gezondheidscentra, zijn niet of nauwelijks getroffen. Te denken valt hierbij aan reeds genoemd artikel 168 vestigingsverordening en aan de bestemmingsvoorschriften. Ook via het Privaatrecht zou dit, zij het slechts in beperkte mate, tegengegaan kunnen worden. Bij verkoop van grond en gebouwen van de gemeente kan namelijk in het koopcontract opgenomen worden, dat er geen solo-huisartsenpraktijk mag worden gevestigd. (Swinkels, 1981). Toch kan een solo-huisarts in het huis waar hij zelf woont een praktijk openen wanneer het totale oppervlak dat als praktijkruimte in gebruik is een bepaald percentage niet overschrijdt. De beperkende maatregelen zijn dan ook nauwelijks toepasbaar.

Tot slot kan het aanwenden van financiële middelen vermeld worden, als een mogelijkheid voor gemeenten om een eerstelijnsbeleid gestalte te geven. Hiervoor geldt geen verplichting. **Subsidiëringsmaatregelen** zijn daardoor afhankelijk van de politieke wil, prioriteitenstelling en financiële ruimte. De meerkosten, die voortvloeien uit samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, blijken in de praktijk slechts ten dele gedekt te worden door de, er voor in het leven geroepen, landelijke financiële tegemoetkomingsregelingen, van het ministerie van WVC en de Ziekenfondsraad. Verschillende gemeenten zijn daardoor overgegaan tot het financieel ondersteunen van met name gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband en in mindere mate centra met vrij gevestigde beroepsbeoefenaren. Deze financiële steun kent de volgende schakeringen: een garantstelling voor of een verstrekking van een lening, een eenmalige subsidie, subsidie ter (gedeeltelijke) dekking van de aanloopkosten, subsidie voor onbepaalde duur, totale dekking van tekorten (in het geval van centra die ook wat betreft de hulpverleners onder een gemeente resorteren. (Peters, 1983 en 1984). In dit verband kan wederom Amsterdam genoemd worden. Deze gemeente heeft in 1980 namelijk voor het ondersteunen van gezondheidscentra (én andere samenwerkingsvormen in de eerste lijn) een financiële regeling gecreëerd, die in principe bestemd is voor alle in deze gemeente gevestigde of te vestigen centra

en voornamelijk gericht is op (bouw-)voorbereidingskosten en extra exploitatiekosten als gevolg van specifieke buurtsituaties. (FAG, 1982). In vergelijking met andere gemeenten die financieel bijdragen aan samenwerkingsverbanden geeft Amsterdam hiermee extra zekerheid en stimulans voor de totstandkoming en verder ontwikkeling van o.a. gezondheidscentra.

Het verstrekken van subsidies is in het bijzonder een mogelijkheid, die door de proefgebieden, die deelnemen aan het bestuurlijk experiment met de Kaderwet specifiek welzijn (KSW), aangegrepen kan worden. Voor een negental gemeenten en twee regio's (met samen 11 gemeenten) geldt het **Besluit proefgemeenten** van 6 juli 1982. In dit Besluit wordt de financiële verhouding geregeld tussen het Rijk en de proefgebieden. De betreffende gemeenten worden hiermee in staat gesteld de bestaande directe subsidierelatie tussen het Rijk en de particulier-initiatief instellingen (voorzieningen) te verbreken en de bijdragen van het Rijk zelf in de vorm van een "brede doeluitkering" te ontvangen. Vervolgens kunnen deze middelen naar eigen keuze aangewend worden, mits dit in overeenstemming is met de zelfgekozen reikwijdte van het in het kader van de KSW opgestelde welzijnsplan. De voorzieningen/activiteiten die vallen onder het Besluit zijn opgesomd in een bijlage bij het besluit. Daarvan kunnen de volgende tot de eerste lijn gerekend worden: algemeen maatschappelijk werk, gezinszorg en bejaardenhulp, gecoördineerd bejaardenwerk, wijkgezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Ten aanzien van deze en een aantal andere welzijnsvoorzieningen c.q.-activiteiten kunnen de proefgemeenten aldus een eigen financieringsbeleid gaan voeren. (Besluit proefgemeenten, 1982).

Samenvattend zijn een tweetal conclusies voor het gemeentelijk eerstelijnsbeleid van belang. In de eerste plaats hebben gemeentelijke activiteiten zich in het verleden gericht op het creëren van een vestigingsbeleid en het stimuleren van gezondheidscentra. In de tweede plaats zijn daarvoor aanknopingspunten te vinden in verscheidene wettelijke regelingen die als kenmerk hebben dat ze niet speciaal gericht zijn op de (eerstelijns-)gezondheidszorg en derhalve niet sluitend te maken zijn. Wezenlijke bevoegdheden kunnen er in de praktijk dan ook niet aan ontleend worden.

## 2.2 De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

Na de herziening van de Grondwet in 1983 is onder artikel 22 lid 1 opgenomen, dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Dit betekent niet, dat er op de overheid een plichtrust tot volledig uitvoeren en reguleren van de zorg. Integendeel, van oudsher beperkt zich de betrokkenheid van de overheid tot een voorwaardenscheppende en kwaliteit-bewakende taak. Bij het creëren van voorwaarden, in de vorm van regelgeving en financiering, gaat het om faciliterende of begunstigende condities, om beperkende en begrenzende en om sturende (prioriteiten afdwingende) condities. Uitvoering door de overheid is eerder uitzondering dan regel. Het regulerend vermogen van de overheid zal met de invoering van de eind 1982 aangenomen **Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG)** belangrijk toenemen.

Deze raamwet verschaft het instrumentarium waarmee de verschillende overheden (rijk, provincie, gemeenten) de gezondheidszorg kunnen (her-)structureren en het volume beheersen en vormt als zodanig het antwoord op de, in de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) gesignaleerde knelpunten/problemen en (her-)structureringsvoorstellen. Zonder in te gaan op alle bestaande knelpunten worden hier een drietal hoofdkategorieën genoemd, waarin ze ondergebracht kunnen worden. Het betreft knelpunten op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit, kosten en financiering en besluitvorming. De Structuurnota kan gezien worden als het begin van een beleid gericht op de versterking van de eerstelijns onder een gelijktijdige terugdringing van de tweedelijnszorg. In de daarna verschenen Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (1980) en de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt de WVG beschouwd als een belangrijk middel om aan deze versterking gestalte te geven. In de WVG zelf zijn een aantal hoofdlijnen van het overheidsbeleid in meer of mindere mate terug te vinden, namelijk kostenbeheersing en doelmatigheidsbevordering, samenhang in beleid en uitvoering, decentralisatie en regionalisatie, democratisering en patiëntenparticipatie. De instrumenten die de overheid middels de WVG ter beschikking krijgt zijn planning, erkenningen, vestigings- en bouwvergunningen. De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), een planningswet voor de intramurale sector die in 1979 in werking is getreden, zal worden opgenomen in de WVG, die immers voor de gehele gezondheidszorg bedoeld is. Daarnaast zou de WVG zelf op moeten gaan in de Kaderwet specifiek welzijn (KSW) uit 1982 (zie par. 2.3). Deze wetten zijn dan ook qua planningsmethodiek vergelijkbaar, wat de in-

tegratie zal vergemakkelijken. (Roscam Abbing, 1983).

Voor een goed begrip van het systeem en de werking van de wet gaan we hier in op een aantal voor dit rapport belangrijke bepalingen. In het kader van de WVG kunnen regels worden gesteld voor de aard, de omvang, de spreiding, de samenhang en de kwaliteit van in principe alle gezondheidszorgvoorzieningen. In de wet zelf is niet vastgelegd op welke voorzieningen de wet van toepassing is en welk overheidsniveau verantwoordelijk is voor welke voorzieningen. Uitzondering hierop zijn een aantal voorzieningen, die volgens artikel 1 lid 3 tot de bemoeiing van het Rijk behoren (o.a. academische en militaire ziekenhuizen) en het ambulance vervoer dat, voor zover daarop de Wet ambulance vervoer van toepassing is, tot de bemoeiing van de provincie behoort. Verder dient het bestuur van een gemeente (of meerdere gemeenten samen) zorg te dragen voor de instelling en instandhouding van basisgezondheidsdiensten ter uitvoering van de haar, krachtens de WVG of andere wetten (bijvoorbeeld de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekte oorzaken), opgedragen taken (artikel 57 en 58). Door middel van Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB) zullen de overige voorzieningen onder de Wet gebracht kunnen worden en tegelijkertijd aan een overheid worden toegewezen (artikel 1, lid 2). Daarbij ligt het, in het kader van het door de Regering gevoerde decentralisatie beleid, voor de hand, dat een voorziening in beginsel aan een zo laag mogelijk overheidsniveau wordt toebedeeld, dat overeenkomt met het niveau waarop de betrokken voorziening functioneert (Invoering, 1982. nrs. 1-2).

Daarnaast maakt de wet een onderscheid in voorzieningen uitgaande van instellingen en voorzieningen die uitgaan van personen (artikel 1, lid 1). De verschillende overheden zullen, voor de aan hen toegevoegde **instellingen**, vierjarenplannen moeten opstellen, waarin de behoefte aan de voorzieningen wordt neergelegd en wordt aangegeven welke aanvullingen of veranderingen in het reeds aanwezige bestel in de planperiode moeten worden aangebracht (artikel 9, lid 1 en artikel 11, lid 1). Ten aanzien van de provinciale en gemeentelijke plannen stelt de Minister richtlijnen vast, die o.a. betrekking hebben op de behoefte, spreiding, samenhang tussen voorzieningen, functieomschrijvingen en het beslag op personele, materiele en financiële middelen (artikel 10, lid 1). Met het oog op de samenhang tussen de provinciale en gemeentelijke plannen kunnen ook Provinciale Staten nadere richtlijnen vaststellen (artikel 10, lid 6). Met betrekking tot de planning door gemeenten kan bij AMvB een aantal inwoners of een bepaalde omvang van het gebied, waarover de planning zich uit

dient te strekken, worden aangegeven. Het plan kan in dat geval vastgesteld worden door de gezamenlijke besturen van de gemeenten in het gebied (artikel 22, lid 1). Bij het maken van de vierjarenplannen zijn de verschillende overheden verplicht adviezen te vragen, voor een deel bij reeds bestaande organen en voor een deel bij, middels de WVG, speciaal daarvoor samen te stellen adviescommissies. De gecreeëerde adviesstructuren zijn vooral op provinciaal en gemeentelijk niveau nogal ingewikkeld. Hier willen we volstaan met de in figuur 2.1. schematische weergave van de wijze waarop het gemeentelijk plan tot stand dient te komen. De commissie ex-artikel 23, ook wel aangeduid als de gemeentelijke plancommissie, dient in elk geval te bestaan uit vertegenwoordigers van instellingen voor gezondheidszorg, personen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg, gebruikers van voorzieningen, verzekeringsinstellingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening.

Zijn de plannen eenmaal vastgesteld en goedgekeurd, dan zullen de activiteiten die de instellingen ontplooiën moeten passen in het daarvoor geldende plan. Tevens zal de instelling voor haar activiteiten een erkenning moeten verkrijgen om in aanmerking te komen voor vergoeding van overheidswege of krachtens de sociale verzekeringswetten. Op een verzoek om erkenning wordt, afhankelijk van welke overheid de bemoeïing heeft over de betreffende voorziening, beslist door de Minister, gedeputeerde staten of burgemeester en wethouders (respectievelijk de samenwerkende besturen van gemeenten) (artikel 42, lid 1). Ze kan ondermeer worden geweigerd als de voorziening niet in het desbetreffende plan past of niet voldoet aan bij AMvB gestelde kwaliteitseisen (artikel 43, lid 1).

Ten aanzien van de tweede groep van voorzieningen, namelijk die uitgaande van **personen**, voorziet de WVG in een apart reguleringstelsel. In de eerste plaats kan bij AMvB worden bepaald, dat het aan personen, behorende tot een bij die maatregel aangegeven categorie, verboden is hun beroep uit te oefenen zonder vergunning (artikel 52, lid 1). Op een verzoek om vergunning wordt, al naar gelang het overheidsniveau waartoe de voorziening wordt gerekend, beslist door de minister, gedeputeerde staten of burgemeester en wethouders (eventueel de samenwerkende besturen van gemeenten) (artikel 52, lid 3). Bij de AMvB worden tevens normen vastgesteld ter bepaling van het minimum en maximum aantal personen, dat in het beroep werkzaam moet respectievelijk mag zijn (gelet op de bevolkingsomvang en eventueel rekening houdend met de dichtheid en samenstelling van de bevolking) en normen ter bevordering van een goede spreiding van de, in het beroep werkzame, personen (artikel 53). In de tweede plaats kunnen bij





van plannen en het voeren van een vestigingsbeleid er bij valt of staat.

Tot zover deze toelichting op een aantal onderdelen van de WVG, waarbij samengevat het toewijzen van voorzieningen aan de verschillende overheden en het plannings- en vestigingsinstrumentarium aan bod is gekomen. We stellen ter afsluiting de gemeentelijke overheid meer expliciet aan de orde, gezien de centrale vraag in dit hoofdstuk naar de mogelijkheden van gemeenten om een beleid te voeren dat toegespitst is op de el(g)z. Uit bovenstaande beschrijving van de WVG volgt eigenlijk alleen dat het beleidsinstrumentarium van o.a. de gemeente belangrijk is uit te breiden. Nog niet vastgesteld is welke voorzieningen met dat instrumentarium te reguleren zijn (met één uitzondering nl. de reeds vermelde basisgezondheidsdiensten) en of dit el(g)z voorzieningen zullen zijn. Dit laatste ligt voor de hand aangezien de el(g)z grotendeels op gemeentelijk niveau functioneert. De in december 1983 verschenen Nota Eerstelijnszorg van de staatssecretaris van WVC geeft hierover uitsluitsel. Aangekondigd wordt dat de eerstelijnsvoorzieningen in het kader van de WVG opgedragen zullen moeten worden aan de gemeenten (Eerstelijnszorg, 1983). Wanneer we het onderscheid tussen voorzieningen uitgaande van personen en van instellingen hierop toepassen, dan betekent dit een gemeentelijk of intergemeentelijk vestigingsbeleid voor bijvoorbeeld huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen en tandartsen. Voorzieningen als kruisorganisaties, kraamcentra en mogelijk ook gezondheidscentra zullen aan (inter-)gemeentelijke planning en erkenningen onderworpen worden. Echter, deze bevoegdheden hebben gemeenten niet zonder meer. Zoals hiervoor gesteld zal bij AMvB het een en ander nader geregeld moeten worden. In de volgende paragraaf gaan we in op de invoering van de WVG en ontwikkelingen daaromtrent.

### **2.3. De invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg**

Het voorgaande moge duidelijk gemaakt hebben, dat met het aannemen van de WVG slechts een reguleringsstructuur in haar opzet vast ligt en dat nog vele zaken nadere invulling behoeven. Op dit moment is het invoeringsproces nog gaande. We zullen hier trachten een overzicht te geven van de voornaamste kenmerken van en ontwikkelingen rond de invoering van de WVG. We hebben ons hierbij in hoofdzaak laten leiden door de tot op heden verschenen notities omtrent de invoering van de WVG van de hand van de staatssecretaris.

De in december 1982 verschenen notitie 'Bouwstenen voor het invoeringsplan Wet Voorzieningen Gezondheidszorg' geeft aan hoe de invoering gestalte moet krijgen. De staatsecretaris van WVC kondigt hierin aan dat gekozen is voor een sectorgewijze, gefaseerde aanpak. Bij het geleidelijk onder de wet brengen van de verschillende sectoren hebben de volgende prioriteit; de eerstelijnsgezondheidszorg; de basisgezondheidszorg; de ambulante geestelijke gezondheidszorg; de ambulante verslaafdenzorg; het ambulance vervoer. Wat de elgz betreft dienen de huisartsen, de fysiotherapeuten en het kruiswerk zelfs met spoed onder het regime van de WVG komen te vallen. Daarbij wordt opgemerkt, dat het beleid ten aanzien van enerzijds de huisartsen en fysiotherapeuten, waarvoor een vestigingsbeleid zal gelden en anderzijds het kruiswerk, dat aan planning en erkenningen onderhevig zal zijn, niet los van elkaar gezien moeten worden. Gewenst is immers een samenhangende beleidsvoering, gericht op beheersing van de ontwikkeling van de eerstelijns en versterking, ook in kwalitatief opzicht, van deze sector. Het gevolg van de gefaseerde invoering is, dat in de beginfase de planning categoriaal zal plaatsvinden. Dit zal vooral de samenhang en afstemming met, o.a. de voorzieningen die voorlopig nog onder de WZV vallen, bemoeilijken.

In een drietal gebieden, te weten de **provincie Limburg** en de regio's **Eindhoven e.o.** en **Kennemerland**, zal de WVG, in tegenstelling tot de sectorale invoering in de rest van Nederland, integraal worden ingevoerd. Hier zullen dus alle voorzieningen voor gezondheidszorg in één keer onder de WVG worden gebracht en wel bij AMvB, op grond van het zogenaamde experimenteerartikel (artikel 41) van de WVG. In deze integrale invoeringsgebieden kan ervaring worden opgedaan ten bate van de uiteindelijke invoering van de wet in geheel Nederland.

Alvorens de genoemde voorzieningen onder de WVG gebracht kunnen worden zullen op rijksniveau richtlijnen ten behoeve van de planning ontwikkeld moeten worden. Voorts zullen kwaliteitseisen vastgesteld moeten worden, alsmede de normen ten behoeve van het vestigingsbeleid. Voor de integrale invoeringsgebieden dienen deze dus betrekking te hebben op alle voorzieningen. Voordat de bevoegdheden aan de lagere overheden worden toegekend zullen ook de zogenaamde bestuursorganisatorische maatregelen (BOM) gereed moeten zijn. Deze maatregelen hebben als doel het tot stand brengen van een bestuurlijke infrastructuur die nodig is voor de uitvoering van de WVG. De BOM worden per provincie of per regio door gemeenten en provincie in onderling overleg voorbereid, waarna ze als provinciale voorstellen naar de rijksoverheid gaan. Het betreft een viertal maatregelen:

- de **gebiedsindeling** ten behoeve van beleidsvorming en planning;

- de **taakverdeling** tussen de overheden en de samenhang in het overheidsbeleid;
- de betrokkenheid van het veld, verzekeringsinstellingen en patiëntenorganisaties bij de beleidsvorming en planning (**advies- en overlegstructuur**);
- de **informatievoorziening** ten behoeve van de beleidsvorming en planning.

Hieronder stellen we deze BOM één voor één kort aan de orde.

De **gebiedsindeling** heeft in het geheel van de BOM een spilfunctie. Hiermee wordt immers het kader aangegeven voor de beleidsvorming, de taakverdeling en de beleidsafstemming tussen de overheden. Er wordt uitgegaan van de bestaande overheidsorganisatie en het draagvlak van de verschillende overheden. De gebiedsindeling moet aansluiten bij de oriëntatie van de bevolking op de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen. Tevens moet het de gebieden aangeven waarbinnen de voorzieningen functioneren, ook naar de te verwachten of gewenste situatie in de toekomst. In tegenstelling tot de WZV die een indeling op één niveau kent (gezondheidsregio's), zal de gebiedsindeling ex-WVG er een op meerdere niveaus zijn. De regionale gebieden zullen zoveel mogelijk overeen moeten komen met de WZV regio's. Daarnaast zullen er subregionale en lokale niveau's te onderkennen zijn, waarbij het zogenaamde kubusprincipe gehanteerd zal worden. Dit houdt in dat de grenzen van het ene niveau, de grenzen van het andere niet mogen overschrijden. Ten slotte moet de gebiedsindeling in het perspectief worden geplaatst van het overheidsstreven naar integratie van intergemeentelijke samenwerkingsverbanden en de gewenste samenhang tussen welzijn en gezondheidszorg.

De tweede BOM richt zich op het toewijzen van de verschillende voorzieningen aan Rijk, provincie of (samenwerkende) gemeenten, waardoor de **taakverdeling** tot stand komt. Het probleem daarbij is, dat gelijksoortige voorzieningen niet in geheel Nederland op hetzelfde niveau functioneren. Ook kunnen de gemeenten onderling en provincies onderling qua inwonertal en gebiedsomvang aanzienlijk van elkaar verschillen. Kleinere gemeenten zullen derhalve, door een te gering draagvlak, genoodzaakt zijn intergemeentelijk de bevoegdheden uit te oefenen. Tevens is het mogelijk dat de grotere gemeenten taken toegewezen krijgen die elders door de provincie worden uitgevoerd. Ook kunnen provincies taken krijgen die later aan de gemeenten worden overgedragen. (In vaktermen is er sprake van gedifferentieerdheid en flexibiliteit).

Verder maakt de, uit de decentralisatie gedachte voortgekomen, taak-

verdeling de afstemming van beleid tussen provincies onderling, gemeenten onderling alsmede tussen de drie verschillende overheden noodzakelijk. Deze afstemming dient via overleg tot stand te komen. De BOM zal dan ook afspraken over de wijze van overleg moeten bevatten. Aangezien de WVG juridische instrumenten, in de vorm van richtlijnen en toezichtbepalingen, toekent aan het provinciaal bestuur, kan deze komen tot een soort kader- of coördinerende planning ten opzichte van de gemeentebesturen. Hierdoor is het verantwoord de voorzieningen aan een zo laag mogelijk overheidsniveau toe te delen. De voorzieningen die, overeenkomstig de gebiedsindeling, op lokaal of subregionaal niveau functioneren behoren dan tot de bemoeienis van de gemeentebesturen. Voorzieningen op regionaal of provinciaal niveau vallen onder de bemoeienis van de provinciebesturen. De op nationaal niveau functionerende voorzieningen behoren tot de bemoeienis van het Rijk. Wanneer de gemeenten in een subregio onderling niet tot een gezamenlijke regeling komen, via welke ze één plan vaststellen, één erkenning afgeven, etc, zullen de betreffende voorzieningen gaan behoren tot de bemoeienis van het provinciaal bestuur. In het vorige hoofdstuk hebben we er reeds op gewezen dat de elgz in principe zal worden toegewezen aan de (samenwerkende) gemeenten. Echter, zoals gezegd komen de BOM tot stand door overleg tussen gemeenten en provincie, waarna het Rijk tot vaststelling overgaat. Dit overleg alsmede het, indien noodzakelijk, totstandkomen van de intergemeentelijke samenwerkingsovereenkomsten bepaalt het al of niet toewijzen van de elgz aan de gemeentelijke overheid. De derde BOM betreft de **advies- en overlegstructuur**. Met het oog op een goede kwaliteit van het beleid en de uitvoerbaarheid ervan zullen de overheden slechts in goed overleg met het veld hun taken naar behoren kunnen uitvoeren. De WVG kent derhalve een aantal adviesorganen: de provinciale raad voor de volksgezondheid, de gemeentelijke commissie voor de volksgezondheid, de provinciale commissie vestigingsbeleid en de gemeentelijke commissie vestigingsbeleid. Bovendien kan de provinciale raad districtscommissies in het leven roepen en provinciale staten provinciale commissies voor de volksgezondheid. De werkwijze, taken en samenstelling van deze commissies worden geregeld door provinciale staten, respectievelijk de provinciale raad en door gemeenteraden. De wet zelf geeft slechts hoofdlijnen. In ieder geval zullen instellingen voor gezondheidszorg, personen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg, instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, verzekeringsinstellingen en patientenorganisaties betrokken moeten worden. De lagere overheden zullen tot een nadere uitwerking moeten komen. Een eenvoudige en

doorzichtige adviesstructuur is daarbij gewenst. Dit kan o.a. bereikt worden doordat gemeenten in een subregio gezamenlijk van één commissie gebruik maken. Ook is het mogelijk dat provincies en gemeenten samen één commissie in het leven roepen. Dit zal de samenhang in de beleidsadvisering bevorderen.

De vierde BOM tenslotte zal de **informatievoorziening** regelen. Bij AMvB zal worden bepaald welke gegevens door instellingen en beroepsbeoefenaren aan de drie overheden moeten worden geleverd. Gezien het grote aantal instanties dat informatie behoeft (bijvoorbeeld ook de adviesorganen), is het gewenst een coördinatiepunt te creëren, dat gegevens verzamelt en distribueert. Voor de totstandkoming van de informatievoorziening zullen instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeringsinstellingen aan het BOM overleg tussen de overheden moeten deelnemen.

Zoals verderop in deze paragraaf zal blijken, zijn er in latere notities veranderingen aangekondigd die zich met name richten op de hierboven, in het kader van de BOM, genoemde gebiedsindeling en adviesstructuur.

De notitie Bouwstenen merkt verder op, dat het niet te verwachten valt dat de BOM in alle provincies, regio's en subregio's even snel gereed zullen zijn. Het ligt in de bedoeling om daar waar de BOM zijn vastgesteld, bevoegdheden over te dragen, mits de landelijke richtlijnen, kwaliteitseisen en normen gereed zijn. Dit betekent dat de WVG niet alleen per sector, maar ook per regio gefaseerd zal worden ingevoerd. Wanneer de WVG volledig is ingevoerd, zullen **financiële kaders** de totale beschikbare ruimte van jaar tot jaar aangeven voor de kosten van de gezondheidszorg per subregio. Via het planings- en erkenningen-systeem zullen wijzigingen in de financiële kaders hun beslag moeten vinden in de meerjarenramingen en begrotingen van de afzonderlijke instellingen. Het hanteren van financiële kaders per gebied zal de huidige financieringsstructuur per categorie van voorziening in de toekomst veranderen in een systeem van budgettering per instelling of samenwerkende instellingen. De kaders geven de grenzen aan van de beleidsvrijheid van de lagere overheden, waarbinnen, althans zo wordt beoogd, substitutie tussen de verschillende vormen van zorg plaats moet kunnen vinden.

De staatssecretaris merkt in de notitie op, dat bezien moet worden in hoeverre het mogelijk en zinvol is bij de sectorale invoering al met financiële richtlijnen te gaan werken. De integrale invoeringsgebieden zullen wel aan regionale financiële kaders onderworpen worden. In twee van de drie gebieden zal bovendien geëxperimenteerd worden met instellingsbudgettering.

Aan de invoering van de WVG zijn kosten verbonden. Het Rijk verstrekt derhalve met het oog op de voorbereiding van de BOM, bijdragen aan provincies en gemeenten ter bekostiging van zowel bestuur en ambtelijk apparaat als van onderzoek en advisering. Daarbij wordt voor gemeenten gedacht aan één extra arbeidskracht per 50.000 inwoners. Gemeenten met minder dan 50.000 inwoners moeten een oplossing zoeken door middel van deeltijdarbeid, combinatie van functies of samenwerking van gemeenten. De Bouwstenen notitie kondigt aan dat er een meer structurele regeling vastgesteld zal worden voor de hoogte van de bijdragen en de wijze waarop deze **plankostenvergoedingen** over provincies en gemeenten verdeeld zal worden. Uiteindelijk zullen de bijdragen worden omgezet in een verhoging van de uitkering uit Provincie- en Gemeentefonds. (Invoering, 1982, nrs.1-2).

Zoals reeds eerder vermeld lag het ten tijde van de totstandkoming van de WVG in de bedoeling de wet te doen opgaan in de Kaderwet specifiek welzijn (KSW). Onder specifiek welzijn wordt verstaan: zorg (naast maatschappelijke dienstverlening en aanverwante terreinen ook gezondheidszorg), educatie en recreatie. In de nota Wetgeving, Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van september 1983 wordt echter het voornemen uitgesproken de Kaderwet niet in te voeren. Geconstateerd wordt dat specifiek welzijn een te brede beleids categorie is om integraal te regelen. Daarbij hebben ook bezuinigingsoverwegingen en de wens tot deregulering een rol gespeeld. In de plaats van de KSW wordt een Welzijnswet voorgesteld voor maatschappelijk en sociaal-cultureel welzijn. Daarnaast wordt eveneens aangekondigd dat de WVG omgevormd zal moeten worden tot een **Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM)**, (Wetgeving, 1983, nr. 1).

De WGM bevindt zich op dit moment nog in de ontwerpfasen. Er zijn op drie punten belangrijke verschillen aan te wijzen met de WVG. In de eerste plaats is het **werkterrein** dus **uitgebreid** met de maatschappelijke dienstverlening. Ten tweede is de **adviesstructuur** **minder uitgebreid** als voorgeschreven in de WVG. De WGM kent de verplichting voor de lagere overheden om verordeningen op te stellen, waarin de betrokkenheid van de burgers en instellingen bij de planopstelling geregeld moet worden. De adviesorganen zullen een minder belangrijke betekenis hebben. Men kan zich afvragen of de voorbereidingen voor de BOM, betreffende de adviesstructuur nog wel getroffen zullen worden, aangezien deze vervolgens onder de WGM weer gedereguleerd zullen worden. In de derde plaats is de **planningsprocedure vereenvoudigd**. De geldigheidsduur van vier jaar zal plaats maken voor plannen die op de middellange termijn een indicatief ka-

rakter hebben. Bovendien hoeven plannen niet langer goedgekeurd te worden door het naast hogere bestuursorgaan en zal het stelsel van richtlijnen globaal gehouden worden. (Dopheide, 1985).

In zijn brief van 3 november 1983 aan provincies en gemeenten benadrukt de staatssecretaris, dat alles wat in het kader van de invoering van de WVG ondernomen wordt ook functioneel zal zijn onder het regime van de WGM. Er is sprake van een overgangsrecht, dat wil zeggen BOM, plannen, erkenningen, etc., tot stand gekomen onder de WVG, zullen hun betekenis of rechtskracht in het kader van de nieuwe wet behouden. Uit deze brief blijkt bovendien dat alleen nog de elgz en de basisgezondheidszorg van de oorspronkelijke sectoren met een invoeringsprioriteit zijn overgebleven. Ook de streefdatum voor het toekennen van de betreffende bevoegdheden is gewijzigd. In de Bouwstenen notitie was sprake van medio 1983, terwijl nu gesproken wordt van 1 juli 1984. (Invoering, 1983, nr. 3). (Zoals in par. 2.4. zal blijken heeft het tot eind 1985 geduurd, voordat de gemeenten hun eerste bevoegdheid kregen).

In bovengenoemde brief alsmede in een aantal vervolgnotities komt, met betrekking tot de BOM aangaande de gebiedsindeling, de afstemming met de te wijzigen **Wet gemeenschappelijke regelingen (WGR)** aan de orde. De gebiedsindeling in het kader van de WVG staat niet op zichzelf, maar maakt deel uit van een veelomvattender overleg zoals dat primair gevoerd wordt tussen enerzijds de Minister van Binnenlandse Zaken en de provinciale besturen en anderzijds de besturen van provincies en gemeenten. Het ligt in de bedoeling om alle bestaande gemeenschappelijke (samenwerkings-)regelingen tussen gemeenten (dus niet alleen op het terrein van de gezondheidszorg), zoveel mogelijk te bundelen en tot een vaststelling van samenwerkingsgebieden te komen. De WVG-subregio's zullen in beginsel overeen moeten komen met deze regio's ex WGR. (Invoering, 1983, nr. 3, en 4 en 1984, nr. 6). Op 5 januari 1985 zijn de richtlijnen voor de gebiedsindeling in werking getreden. Deze komen nagenoeg overeen met de, in de Bouwstenennotitie en vervolgnotitie's geformuleerde uitgangspunten. We gaan daar hier niet verder op in. (Richtlijnen 1985).

Op 23 februari 1984 heeft de staatssecretaris een circulaire aan de gemeentebesturen gestuurd waarin de toegezegde regels voor de plankostenvergoeding uiteengezet worden. In tegenstelling tot wat uit de Bouwstenen notitie afgeleid kan worden, geldt nu een maximum van één arbeidskracht voor gemeenten van 50.000 en meer inwoners. Gemeenten die reeds besloten hebben om samen te werken kunnen een gezamenlijke aanvraag indienen. De vergoeding wordt dan berekend op grond van het



totale aantal inwoners. Voorzover er meer arbeidsplaatsen kunnen worden toegekend dan het aantal deelnemende gemeenten, worden de resterende plaatsen aan de gemeenten gezamenlijk toebedeeld. De regeling voor de plankostenvergoeding laat de gemeenten vrij in de wijze waarop zij de werkzaamheden laten verrichten en hoe zij de arbeidsplaatsen invullen. Zo is het mogelijk met projectmedewerkers te werken of binnen een gemeentelijk samenwerkingsverband een pool van deskundigen te vormen. Per arbeidsplaats wordt een bedrag vergoed van f 80.000,- all-in. Hieruit dienen de gemeenten in eerste aanleg de kosten te bestrijden van het treffen van de BOM en in tweede aanleg de kosten van de beleidsvorming met betrekking tot de voorzieningen, welke behoren tot de elgz en de basisgezondheidszorg. Voor de instandhouding van basisgezondheidsdiensten geldt een afzonderlijke regeling. (Invoering, 1984, nr.5). Eind 1984 zijn de gemeenten door middel van een circulaire (d.d. 12 maart 1985) van de staatssecretaris plotseling geconfronteerd met een verlaging van de plankostenvergoeding tot fl. 52.000,- per arbeidsplaats. Men kan verwachten dat deze bezuiniging, vooral onder die gemeenten waar vooruitlopend op de kostenvergoeding al de nodige uitgaven zijn gemaakt, tot financiële problemen heeft geleid.

De tot op heden laatste gepubliceerde notitie betreffende de invoering van de WVG, van 7 november 1985, geeft een uitvoerige rapportage van de stand van zaken in de integrale invoeringsgebieden. Tevens bevat het een groot aantal bestuurlijke afspraken tussen de overheden, omtrent de wijze waarop aan de projecten verder gestalte moet worden gegeven. Een en ander zal bij AMvB geregeld worden op grond van het reeds genoemde experimenteer artikel 41. Momenteel ligt deze AMvB ter visie, waarbij het streven erop gericht is deze eind 1986 in werking te hebben. Een bespreking van deze notitie zou onvermijdelijk terecht komen in invoeringstechnische details, waarvan de relevantie voor dit rapport niet direkt aanwezig is. In de begeleidende brief merkt de staatssecretaris op, met gebruikmaking van de resultaten van de integrale invoeringsprojecten, ook in de rest van het land de WVG verder in te voeren. In de lijn van de sectorgewijze, gefaseerde aanpak zullen afspraken gemaakt worden per provincie c.q. regio, te beginnen met de grote steden/grote stadsregio's en de regio's welke onder het regime vallen van het Besluit proefgemeenten. (Invoering, 1985, nrs.10-11). Ten aanzien van de grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) willen we hier nog wijzen op de zogenaamde **welzijnsconvenanten** van 30 augustus 1983, waarmee een begin is gemaakt met de decentralisatie van rijkstaken naar gemeenten, althans voor de vier grote gemeenten. Door een bun-

deling van een aantal rijksbijdrageregelingen en begrotingsposten van het ministerie van WVC in de vorm van een brede doeluitkering naar de vier gemeenten te richten, ontstaat er een vergroting van de gemeentelijke beleidsvrijheid op welzijnsterrein. In tegenstelling tot de brede doeluitkering aan de proefgemeenten KSW kent de conventant-financieringsregeling geen decentralisatie van rijksbijdragen op het terrein van de eerste lijn, met uitzondering van het algemeen maatschappelijk werk. Nader overleg zal nog worden gevoerd over de overdracht van gezinsverzorging. In het kader van de totstandkoming van de convenanten is aan de grote steden een versnelde meer integrale invoering van de WVG in het vooruitzicht gesteld. Daarbij is het mogelijk om op grond van het grotere draagvlak voorzieningen en daarmee samenhangend taken toe te delen die normaliter aan de provincies zijn voorbehouden. (Amsterdam en Rotterdam claimen bijvoorbeeld de gehele geestelijke gezondheidszorg.) (Welzijnsconvenant, 1983).

Het geheel overziend kan gesteld worden dat de invoering van de WVG een complex proces is. Het tot stand brengen van de vier BOM geeft richting aan dit proces. De BOM betreffende de gebiedsindeling moet daarbij in het licht gezien worden van de gebiedsindeling ex WGR. Wat de taakverdeling betreft kan er vanuit worden gegaan dat de elgz tot de bemoeienis behoort van de (samenwerkende) gemeenten. Onder de toekomstige WGM zal de werkingssfeer van de WVG uitgebreid worden met de maatschappelijke dienstverlening. Tevens zal de adviesstructuur alsmede de planningsprocedure vereenvoudigd worden. Alhoewel de aankondiging van de WGM (nog) geen gevolgen heeft gehad voor de wijze waarop de WVG wordt ingevoerd zullen de lagere overheden toch wel met enige onzekerheid te kampen hebben. Zo kan de vraag rijzen of het strikt volgen van de WVG en de bouwstenennotitie wel zinvol is wanneer er onder de WGM weer sprake is van deregulering. Overigens is het ook nog onzeker in welke versie de WGM uiteindelijk zal worden aangenomen. Een tweede bron van onvrede zou kunnen liggen in de door de bezuinigingen getroffen plankostenvergoeding.

#### **2.4. Vestigingsbesluit huisartsen**

De meest recente ontwikkeling omtrent de sectorale invoering van de WVG, is de totstandkoming van het lang verwachte vestigingsbesluit voor huisartsen, geldend voor geheel Nederland. Een ontwerp van dit besluit werd reeds op 15 juli 1983 in de Staatscourant gepubliceerd (nr. 135), waarna de adviesmolens begonnen te draaien. Het is niet

verwonderlijk dat de vaststelling van het besluit tot 12 oktober 1985 op zich heeft laten wachten. In het algemeen kan gesteld worden dat de invoering van de WVG slechts traag vordert. In het bijzonder zijn daarvoor o.a. oorzaken te vinden in vertragende ontwikkelingen op het gebied van de wetgeving (KSW, Welzijnswet, WGM, WGR), zoals uit voorgaande heeft mogen blijken. Echter los daarvan, ligt er ook een oorzaak in het krachtenspel van belangen dat zich voltrok rond het ontstaan van het vestigingsbeleid.

Na een periode van een huisartsen-tekort is er ten tijde van de Structuurnota (1974) sprake van een overschot van afgestudeerde huisartsen in vergelijking met het aantal vestigingsmogelijkheden. Mede doordat er een behoefte ontstond aan het verkleinen van de praktijken en het versterken, ook in kwantitatieve zin, van de elgz dringt de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg aan op het voeren van een vestigingsbeleid. De discussies over het vestigingsbeleid, die naar aanleiding van de perikelen rond Lelystad nog eens extra werden aangewakkerd, hebben geleerd dat de meningen over het wel of geen (gemeentelijke) overheidsbemoeienis nogal uiteen liepen. De overheid voelde zich verantwoordelijk voor de omvang van het aanbod en wilde, mede vanuit kwaliteitsoverwegingen, daarop invloed hebben. De gevestigde huisartsen voelden zich bedreigd door een mogelijke inkomensachteruitgang en een toenemende inperking van de vrije uitoefening van hun beroep. De praktijkzoekende huisartsen waren gebaat bij een oplossing van de goodwill-problematiek en zochten steeds meer toevlucht in het zogenaamd ongesteund (wild) vestigen. Voor een uitvoerig overzicht van de belangentegenstelling en de ontwikkelingen voorafgaande aan de WVG verwijzen we naar Groenewegen (1981). Kort nadat de WVG van kracht werd, kwam de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) met een eigen vestigingsbeleid. Hiermee werd met ingang van 1 maart 1983 zowel de minimum- als maximumgrootte van praktijken vastgelegd, althans voor de ruim negentig procent van de huisartsen die bij de LHV waren aangesloten. Door zelf initiatieven te nemen hoopte de LHV nog invloed te kunnen uitoefenen op de uitvoering van de wet. In de toelichting op het ontwerp-besluit van 15 juli 1983 wordt opgemerkt, dat het in werking treden van de wettelijke regeling de mogelijkheid van de LHV onverlet laat om op privaatrechtelijke basis een vestigingsregeling te treffen voor haar leden. Of en in hoeverre er behoefte aan is deze eigen, interne regeling aan te passen zodra een wettelijk vestigingsbeleid gevoerd gaat worden is ter beoordeling van de vereniging zelf. (Ontwerp-besluit, 1983).

Richten we onze aandacht op het nu dan bij AMvB genomen **'Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen'**. De essentie van dit vestigingsbesluit kan als volgt worden weergegeven. De vestiging van huisartsen zal gebonden zijn aan gemeentelijke vergunningen. Tevens zullen er regels betreffende de maximum- en minimum-praktijkomvang van toepassing zijn. Deze regels hebben betrekking op alle huisartsen, terwijl de vergunningverlening alleen betrekking heeft op huisartsen die zich willen vestigen. Ter controle zullen de artsen verplicht gesteld worden jaarlijks hun praktijkomvang (ziekenfonds en particulier) aan de gemeentelijke overheid op te geven. Ter uitvoering van het vergunningenstelsel zal per WGR-samenwerkingsgebied het aantal zittende huisartsen vastgesteld moeten worden. Slechts als er boven de gezamenlijke capaciteit van de zittende huisartsen in het gebied nog 1250 patiënten 'over' zijn, is er ruimte voor een extra vergunning. Artikel 6 juncto artikel 2 van de WGR staat echter toe dat een regeling, i.c. het vestigingsbeleid, in een kleiner gebied of door afzonderlijke gemeenten wordt uitgevoerd. Het afwijken van de uitvoering op WGR-niveau dient dan wel met redenen omkleed te worden. Op het probleem, dat kan ontstaan wanneer meerdere gemeenten in het WGR-gebied het verstrekken van deze vergunning claimen, wordt noch in het besluit, noch in de toelichting bij het besluit ingegaan. Vanaf 1 januari 1986 zal ter vaststelling van de capaciteit een rekennorm van 2350 patiënten per huisarts gehanteerd worden. Deze rekennorm is middels een convenant tussen rijksoverheid en LHV overeengekomen. Eveneens is bij convenant overeengekomen dat praktijkverkleining zal moeten worden bereikt door rekennorm verlaging. (Salemink, 1985).

Dit overziend moet geconstateerd worden dat de gemeentelijke bevoegdheid beperkt is, aangezien de normering volledig vastligt. Enigszins smalend wordt dan ook wel eens gesproken van een invul oefening (De wethouder, 1985). In een aantal gevallen kunnen er uitzonderingen worden gemaakt. Wanneer een praktijk wordt neergelegd hoeft er normaal gesproken geen vergunning aan een kandidaat opvolger te worden verstrekt, wanneer op grond van de rekensystematiek het gebied vol is. De mogelijkheid om toch een vergunning te verstrekken ontstaat wanneer dit uit een oogpunt van spreiding wenselijk wordt geacht. Naast dit spreidingsargument kan ook de samenstelling van de bevolking aanleiding zijn voor het in stand houden van een gemiddeld lagere capaciteit per huisarts in het betreffende gebied.

Afgezien van de plaats van vestiging, waarbij door de gemeenten gelet moet worden op een voor de burgers redelijke bereikbaarheid, en

eventueel in bijzondere gevallen een afspraak over een lagere capaciteit, kunnen er door gemeenten geen voorwaarden aan een vergunning worden verbonden. Een verstrekte vergunning kan ook niet meer worden ingetrokken, zij vervalt alleen wanneer de praktijkuitoefening door de huisarts wordt beëindigd. (De vergunning staat op naam en is adresgebonden). Het stellen van voorwaarden zou overigens niet in de lijn van de WVG liggen. Deze beperkt zich immers tot kwantitatieve aspecten, namelijk het aantal huisartsen per gebied, de individuele praktijkomvang en de spreiding. (Salemink, 1985). Zoals we hierboven hebben aangegeven zijn dit de elementen die in het vestigingsbesluit in meer of mindere mate zijn uitgewerkt.

Wat betreft de praktijkomvang moet nog opgemerkt worden dat het besluit niet ingaat op de wijze waarop te grote praktijken moeten worden afgeslankt en hoe dit eventueel ten goede moet komen aan de kleinere praktijken. Het vestigingsbesluit merkt slechts op dat er regels vastgesteld zullen worden met betrekking tot praktijken boven de maximum-norm (normpraktijk + 400 patiënten) en onder de minimum-norm (800 patiënten). Deze regels zullen op landelijk niveau in overleg met de beroepsgroep opgesteld worden en zullen derhalve slechts op het uitvoerende vlak zaak van de gemeente zijn.

Meer duidelijkheid is er over het toekennen van vergunningen. De Memorie van Toelichting bij het vestigingsbesluit maakt duidelijk dat een vergunningsaanvraag niet de eerste stap is, die door de praktijkzoekende huisarts gezet wordt. Allereerst zal voor de praktijkzoekende huisarts vast moeten komen te staan op welke wijze het beroep uitgeoefend zal worden (zelfstandig, associatie of op basis van een overeenkomst met een samenwerkingsverband), op welk adres en op welk wijze hij of zij in de waarneming denkt te kunnen voorzien. Daarbij gaat de overheid er van uit dat de gebruikelijke procedure van de beroepsgroep doorlopen zal worden. Dat wil zeggen dat het beleid van de PHV-vestigingscommissies nog steeds van invloed zullen zijn, althans voor LHV-leden. Pas als hierover afspraken zijn gemaakt met de vertrekkende huisarts c.q. toekomstige collegae heeft het zin om een vergunning aan te vragen. Een verzoek hiertoe, met een toelichting op de hier genoemde punten, moet gericht zijn aan de Burgemeester en wethouders, wordt echter ingediend bij de vestigingscommissie ex artikel 56 WVG. De samenstelling van deze commissie is bij wet geregeld. Zij moet vanzelfsprekend bestaan uit huisartsen en verder uit vertegenwoordigers van aanverwante beroepen, gebruikers, verzekeraars en de Inspectie Volksgezondheid als adviseur. De onderlinge, getalsmatige verhouding is niet vastgelegd. Hier ligt dus een stukje beleidsvrijheid voor de gemeente, die de

commissie immers instelt. De commissie moet alle aanvragen voor een vergunning in behandeling nemen en brengt na het horen van de verzoeker advies uit aan het gemeentebestuur.

Over de wijze waarop vervolgens uit de kandidaten geselecteerd zal worden is het vestigingsbesluit niets voorgeschreven. Het is echter te verwachten dat gemeenten zullen trachten de vestigingsregeling te gebruiken om invloed te krijgen op de wijze van beroepsuitoefening. Hierbij kan gedacht worden aan het bevorderen van de vestiging van vrouwelijke huisartsen of van alternatieve geneeswijzen beoefende huisartsen. Ook kan de gemeente een voorkeur hebben voor artsen die willen samenwerken of voor een arts met een bepaalde signatuur die overeenkomt met de levensovertuiging van een bevolkingsgroep in de gemeente. Dit soort voorwaarden kunnen, zoals gezegd, niet op grond van de WVG of het vestigingsbesluit aan een vestiging verbonden worden, althans in formele zin. Wanneer echter de gemeente en de beroepsgroep het over dergelijke kwalitatieve voorwaarden eens zijn, zal het voor een kandidaat huisarts, die niet voldoet aan deze informele regels, vrijwel onmogelijk worden om langs de normale weg een vergunning te verkrijgen. Hij zal immers al struikelen bij de pogingen om tot de noodzakelijke afspraken met de zittende huisartsen te komen. Een volgende stap van de betreffende arts zou dan wel eens een stap naar de rechter kunnen zijn. Ook wanneer de gemeente alleen in haar opvattingen staat omtrent het wèl hanteren van kwalitatieve voorwaarden kan er een geschil ontstaan met mogelijk de gehele zittende beroepsgroep. Aan welke kant de kandidaat staat doet dan niet eens meer zoveel terzake. Het moge duidelijk zijn dat er zich allerlei situaties kunnen voordoen die vragen om het beslechten van geschillen. De Memorie van Toelichting geeft aan dat er zich waarschijnlijk al spoedig de nodige jurisprudentie zal ontwikkelen. Het feit dat van een wettelijke regeling, die nog maar net ontstaan is, al verwacht wordt dat het de nodige uitvoeringsproblemen met zich mee zal brengen, moge te denken geven. In dit opzicht lijkt de regelgever te falen en wordt de last doorgegeven aan het rechtsprekende apparaat. In ieder geval moet geconstateerd worden dat het vestigingsbesluit, tot stand gekomen in een spel van belangentegengstellingen, te karakteriseren valt als een compromis. Gezien de vastliggende normen die door de rijksoverheid worden vastgesteld en de invloed die de beroepsgroep kan blijven laten gelden hebben gemeenten slechts een beperkte handelingsvrijheid verworven. Desondanks (of misschien juist daardoor) kan verwacht worden dat de totstandkoming van het vestigingsbesluit een belangrijke impuls zal zijn voor het ontwikkelen van beleidsactiviteiten, op het elgz ter-

rein en mogelijk in het kielzog ook op andere terreinen van de elgz, door de gemeentelijke overheid.

## 2.5. Samenvatting

In deze slotparagraaf komen we terug op de in het begin van dit hoofdstuk geformuleerde vraag naar de mogelijkheden van gemeentelijke overheden om een beleid te voeren toegespitst op de eerstelijnsgezondheidszorg. Wanneer we ons allereerst richten op het beleidsinstrumentarium die de gemeente op dit moment tot zijn beschikking heeft dan kunnen de volgende mogelijkheden genoemd worden.

De Gemeentewet stelt gemeenten in staat verordeningen te maken die in het belang van de gezondheid worden vereist. Pogingen in het verleden om hiermee een vestigingsbeleid te voeren hebben geen resultaten mogen opleveren. In welke opzichten deze wet zich verder leent voor een eerstelijnsbeleid zal gezien de totstandkoming van een beter instrumentarium ex WVG wel een vraag blijven.

Op grond van de Wet op de Ruimtelijke Ordening kunnen gemeenten in bestemmingsplannen de plaats van accommodatie van gezondheidszorgvoorzieningen vaststellen. Het stimuleren van bepaalde samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld gezondheidscentra, werd daar in de praktijk ook wel aan gekoppeld. Net als de twee hierboven genoemden is ook het verstrekken van subsidies afhankelijk van de gemeentelijke politieke interesse voor een eerstelijnsbeleid. Bekend is het financieel ondersteunen van gezondheidcentra, welke samenwerkingsvorm nogal eens te kampen heeft met ongedekte meerkosten.

Een beperkt aantal gemeenten, namelijk die, die onder het Besluit proefgemeenten (ex KSW) vallen, hebben de mogelijkheid de aan hen verstrekte brede doeluitkering te gebruiken voor een financieringsbeleid dat gericht is op een aantal elgz voorzieningen die onder dit besluit vallen.

Het in het kader van de invoering van de WVG tot stand gekomen vestigingsbesluit huisartsen geeft de gemeente een nieuwe en tevens meer specifieke taak op het terrein van de volksgezondheid. Het aantal huisartsen alsmede de spreiding van de praktijken kan door middel van een gemeentelijk vergunningstelsel gereguleerd worden. Tevens zullen gemeenten een controlerende taak hebben ten aanzien van de van rijkswegen vastgestelde regels voor de maximum- en minimumpraktijkomvang. Het beleidsinstrumentarium zal in de toekomst door de verdere invoering van de WVG nog uitgebreid worden. Mogelijk komt er voor de gemeenten een vestigingsbeleid voor fysiotherapeuten en

wellicht ook voor andere eerstelijns-hulpverleners. Ten aanzien van instellingen in de eerste lijn (bijv. kruisverenigingen, gezondheidscentra) zullen gemeenten, na het verkrijgen van de bevoegdheid hiertoe, plannen moeten opstellen en erkenningen moeten afgeven. Gezien het tempo waarin de invoering van de WVG zich voltrekt kan dit nog geruime tijd op zich laten wachten.

Wanneer we tot slot de meer algemene vraag naar de beleidsactiviteiten die de gemeenten ontplooiën hier aan de orde stellen, dan dienen we ons niet te beperken tot die activiteiten, die vallen binnen het scala van de in dit hoofdstuk beschreven juridische mogelijkheden en het bijbehorende instrumentarium. Gemeenten zijn immers vrij in het creëren van allerlei overlegvormen en kunnen doelstellingen nastreven. Tevens zullen er op het gemeentelijk niveau activiteiten ontstaan die niet zozeer veld gericht zijn als wel meer bestuurlijke componenten bevatten die passen in het invoeringsproces van de WVG en met name de te treffen BOM. De interviews zullen dan ook op activiteiten in de brede zin van het woord gericht moeten zijn. De thema's die in de interviews aan bod zijn gekomen zijn ondergebracht in een interviewprotokol dat in het volgende hoofdstuk zal worden besproken. Tevens zal hoofdstuk 3 ingaan op de selectie van de geïnterviewde gemeenten.



### 3. OPZET VAN DE INTERVIEWRONDE

In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de onderwerpen, die in de interviews aan de orde zijn gesteld, en op de selectie van gemeenten en bij deze gemeenten geïnterviewde functionarissen. Bovendien zullen wat achtergrondgegevens van de gemeenten worden gepresenteerd.

Zoals in de inleiding vermeld zijn de **gemeenten geselecteerd waarvan ons bekend was dat er sprake was van enige activiteit** op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg. De informatie over het al of niet actief zijn is verkregen via beleidsnota's (bijvoorbeeld Helmond), via de krant (bijvoorbeeld IJsselmuiden) en via ter zake deskundigen als het VNG en het ministerie van WVC (bijvoorbeeld Gouda). De geselecteerden zijn opgenomen in tabel 3.1. Gestreefd is

Tabel 3.1.: De benaderde gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden.

	Inwoneraantal 1-1-1985*
Gemeenten:Utrecht	229.689
Haarlem <sup>a</sup>	151.034
Apeldoorn	144.803
Zeist	59.907
Gouda <sup>b</sup>	60.286
Helmond	60.833
Rosmalen	24.351
IJsselmuiden	12.355
Eenrum	2.422
Intergemeentelijke	
Samenwerkingsverbanden:Gewest Midden-Holland	211.748
Gewest Midden-Kennemerland <sup>a</sup>	156.750
Stadsgewest Waalwijk	66.132
Deelgemeente:Stadsdeelraad Osdorp	32.000

a Integraal invoeringsgebied WVG

b Proefgemeente KSW

\*Bron: Lijst van Nederlandse gemeenten 's Gravenhage: VUGA-boekerij.

naar een redelijke variatie in gemeentegrootte en ligging. Daarnaast zijn enkele intergemeentelijke samenwerkingsverbanden en een deelgemeente benaderd. In één geval is een samenwerkingsverband à een daaraan deelnemende gemeente geïnterviewd (Midden-Holland en Gouda). Verder is een gemeente en een samenwerkingsverband uit de integrale invoeringsgebieden van de WVG in het onderzoek betrokken (Haarlem en Midden-Kennemerland), evenals een proefgemeente voor de Kaderwet Specifiek Welzijn (Gouda). Tenslotte zijn van de vier grote gemeenten die in het convenant grote steden zitten Utrecht en indirect, Amsterdam opgenomen. Alle benaderde gemeenten hebben hun medewerking aan het onderzoek verleend. In de meeste gevallen is met een beleidsambtenaar gezondheidszorg (al of niet in het kader van de WVG aangesteld) gesproken. Een enkele keer is een wethouder of een gemeente-secretaris geïnterviewd.

Zoals al in de inleiding gesteld is niet gestreefd naar representativiteit bij de selectie van gemeenten. Het ging erom zoveel mogelijk verschillende typen activiteiten aan de orde te kunnen stellen. De uitspraken die in de volgende hoofdstukken worden gedaan hebben dus alleen betrekking op de onderzochte organisaties. De vraag in hoeverre de Nederlandse gemeente actief is kan pas in het hoofdonderzoek worden beantwoord. Op basis van de beschikbare literatuur hoofdstuk 2 en een aantal gemeentelijke beleidsnota's zijn een aantal onderwerpen geformuleerd, die in elk interview aan de orde zijn gesteld. Bij elk onderwerp is gevraagd naar ontwikkelingen totnutoe, plannen en verwachtingen voor de toekomst en eventuele knelpunten. In het schema aan het eind van dit hoofdstuk is een verkorte versie van het **interviewprotokol** opgenomen. Een uitgebreide versie is te vinden in Bijlage 1.

De punten A tot en met D betreffen in feite niet het gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg an sich, maar eerder de bestuurlijk-organisatorische omgeving waarbinnen zo'n beleid moet worden ontwikkeld. Deze is van groot belang omdat de eerstelijns(gezondheids)zorg voor de gemeenten een nieuw beleidsterrein is, waarvoor nog geen bestuurlijk organisatorisch kader is. Daar komt bij dat de WVG de gemeenten niet exact voorschrijft hoe een en ander moet worden geregeld. Een aantal zaken kan de gemeente naar eigen inzicht aanpakken en een aantal zaken moeten in overleg met hogere overheden worden geregeld. Er zijn dus verschillen te verwachten in de wijze waarop de bestuurlijk-organisatorische structuur wordt ingericht.

In de eerste plaats is er de vraag of er met andere gemeenten wordt

samengewerkt (punt A). Is er sprake van samenwerking dan is het van belang hoe die samenwerking verloopt. Naast samenwerken en alleen doen is er nog een derde mogelijkheid, namelijk delegeren van taken aan delen van de gemeente. Door zowel samenwerkingsverbanden, gemeenten en een deelgemeente te interviewen kan aan alle drie de situaties aandacht worden besteed.

Ten tweede is van belang voor het gemeentelijk beleid hoe de bestuurs-organisatorische maatregelen zijn uitgekapt (punt B). Hiervan hangt af welke bevoegdheden de gemeenten krijgen.

Ten derde zijn de gemeenten zolang de WVG nog niet definitief is ingevoerd vrij om een beleidsproces op te starten (punt C). Men kan het laten bij voorbereidingen als inventarisatie en onderzoek, maar men kan ook een beleidsnota opstellen, waarin doelstellingen voor de eerste lijn worden geformuleerd.

Tenslotte wordt ingegaan op de mankracht die gemeenten beschikbaar hebben om het beleid voor te bereiden en uit te voeren en op de financiën die de gemeenten ten behoeve van de eerstelijnsplanning kan aanwenden (punt D). De resultaten van de punten A tot en met D komen in hoofdstuk 4 aan de orde. Onder de thema's E tot en met J is inhoudelijk ingegaan op het gemeentelijk eerstelijnsbeleid. Eerst is aandacht besteed aan de houding van gemeenten ten aanzien van de WVG en meer algemeen ten aanzien van overheidsingrijpen in de gezondheidszorg. Daarna is aandacht besteed aan enkele thema's die bij het lezen van gemeentelijke nota's naar voren zijn gekomen als beleidsaspecten waaraan gemeenten aandacht besteden of zouden willen besteden. Deze punten worden behandeld in hoofdstuk 5.

De oriëntatie op mogelijke aanwijzingen voor verschillen in gemeentelijk beleid vindt plaats onder de punten K en L. Onder punt K is ingegaan op de belangrijkste knelpunten, die de gemeenten zien bij de ontwikkeling van een gemeentelijk eerstelijnsbeleid.

Bij achtergronden (punt L) wordt expliciet gezocht naar **mogelijke verklaringen voor de mate waarin gemeenten actief** zijn en verschillen in activiteit vertonen.

Gevraagd is daarbij in hoeverre de volgende factoren stimulerend dan wel belemmerend hebben gewerkt, ten aanzien van het totstandkomen van een eerstelijnsbeleid van de gemeente:

- bevolkingsomvang: verwacht zou kunnen worden dat grote gemeenten actiever zijn dan kleine omdat zij meer gespecialiseerde ambtenaren kunnen inzetten.
- politieke gezindte: linkse partijen zouden wellicht eerder geneigd zijn tot activiteit vanwege een andere kijk op de relatie overheid/particulier initiatief.

- urbanisatiegraad: stedelijke gemeenten zouden actiever kunnen zijn dan landelijke, omdat de problemen in de steden groter zijn.
- bevolkingssamenstelling: de aanwezigheid van relatief veel bejaarden of etnische minderheden kan aanleiding vormen om via een categoriaal beleid iets aan de eerste lijn te gaan doen.
- verhouding met het veld: een goede verstandhouding kan activiteit bevorderen, een slechte kan frustrerend werken.
- verhouding met ziekenfondsen: het niet verstrekken van gegevens ten behoeve van de planning door ziekenfondsen kan belemmerend werken op de ontwikkeling van een gemeentelijk beleid.
- aanwezigheid van patiënten/gebruikersorganisaties: patiënten/gebruikersorganisaties kunnen druk op de plaatselijke overheid uitoefenen om bepaalde activiteiten te ontplooiën; aan de andere kant kan het ontbreken van dergelijke organisaties belemmerend werken omdat men dan problemen krijgt om de patiënt/gebruiker in een overleg te betrekken.

De resultaten van deze vragen zullen aan de orde komen in hoofdstuk 6.

Schema 3.1.: Hoofdpunten interviewprotokol

ONDERWERP	TOELICHTING
A. Intergemeentelijke samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Is er een bestaand samenwerkingsverband?</li> <li>-Hoe past dit in gebiedsindelingen WVG/WGR?</li> <li>-Verhouding tussen kern en overige gemeenten</li> </ul>
B. Bestuursorganisatorische maatregelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gebiedsindeling</li> <li>-Taakverdeling tussen gemeente en provincie</li> <li>-(Inter)Gemeentelijke advies- en overlegstructuur</li> <li>-Informatievoorziening</li> </ul>
C. Gemeentelijk beleidsnota's	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Onderzoek/inventarisaties</li> <li>-Discussienota's, doelstellingennota's e.d.</li> </ul>
D. Financiëring en ambtelijk apparaat	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Financieringsbronnen gemeentelijk beleid</li> <li>-Plankosten ex WVG</li> <li>-Aantal ambtenaren bezig met eerste lijn</li> </ul>
E. Houding t.a.v. WVG	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mening m.b.t. WVG en overheidsingrijpen</li> <li>-Doelstellingen voor eerste lijn</li> </ul>
F. Vestigingsbeleid/erkenningenbeleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Welke beroepsbeoefenaren?</li> <li>-Gevolgde procedure</li> </ul>
G. Afstemming werkgebieden	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Wat is t.a.v. afstemming bekend?</li> <li>-Streeft men afstemming na?</li> </ul>
H. Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Welke samenwerkingsvormen zijn er?</li> <li>-Welke stimuleert men? Hoe?</li> </ul>
I. Gebruikersparticipatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Zijn patiënten/ gebruikersorganisaties aanwezig?</li> <li>-Worden deze op enigerlei wijze gestimuleerd?</li> </ul>
J. Afzonderlijke beroepsgroepen/instellingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Overige activiteiten m.b.t. groepen/instellingen</li> </ul>
K. Knelpunten	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Grootste probleem gemeente t.a.v. eerstelijnsbeleid</li> </ul>
L. Achtergronden	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Voor eerstelijnsbeleid stimulerende of belemmerende factoren als bijv. politieke achtergrond, verhouding met het veld e.d.</li> </ul>

## 4. BESTUURLIJKE ASPECTEN VAN GEMEENTELIJK BELEID VOOR DE EERSTE LIJN

### 4.1. Intergemeentelijke samenwerking

Intergemeentelijke samenwerking op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg is pas recent op gang gekomen. Wel functioneerden reeds langer **samenwerkingsverbanden** voor de basis gezondheidsdiensten, de schoolartsdiensten, de jeugdzorg en de Centrale Posten Ambulancevervoer (SGB0, 1983, p. 7). Als formele structuur voor de samenwerking zijn een of meer gemeenschappelijke regelingen, een stichting, een gemeentelijke dienst of, vaak meer informeel, een portefeuillehoudersoverleg in zwang. Buiten de gezondheidszorg wordt door de gemeenten op vele terreinen samengewerkt, bijvoorbeeld op het gebied van milieu, onderwijs, ruimtelijke ordening en recreatie. Vaak is de samenwerking geformaliseerd in een aparte organisatie met eigen ambtenaren en een bestuur bestaande uit burgemeesters en of wethouders van de deelnemende gemeenten. Zulke organisaties staan bekend onder namen als het gewest, het streekgewest, stadsge-west, gemeentenkring, regio, samenwerkingsorgaan, streekorgaan, e.d.

In het voorgaande hebben we gezien dat gemeenten die niet de vereiste omvang bezitten voor de uitoefening van bepaalde WVG-taken moeten gaan samenwerken. Deze samenwerking dient plaats te vinden binnen de in het kader van de bestuurs-organisatorische maatregelen genoemde WVG-subregio's overeenkomend met de in het kader van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen gevormde WGR-samenwerkingsgebieden. Op de totstandkoming van de gebiedsindeling zal in de volgende paragraaf worden ingegaan. Deze paragraaf is gewijd aan de verhouding tussen gemeente en samenwerkingsverband en de verhouding tussen de gemeenten binnen het samenwerkingsverband.

In de meeste gevallen hadden de geïnterviewde gemeenten te maken met een **functionerend samenwerkingsverband**. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de in het onderzoek betrokken samenwerkingsverbanden. Voor deze gemeenten was het dus mogelijk nieuwe taken te bundelen in zo'n samenwerkingsverband. De vraag is in hoeverre gemeenten dit deden en in hoeverre zij zelf bepaalde taken of bevoegdheden op zich namen. Verschillen hierin kunnen niet alleen optreden tussen samenwerkingsverbanden maar ook tussen gemeenten binnen een samenwerkingsverband. Met name de positie van de grootste gemeente, in het vervolg aangeduid als **kerngemeente**, wijkt nogal eens af van de rest.

Tabel 4.1.: Basisgegevens van de in het onderzoek betrokken intergemeentelijke samenwerkingsverbanden (gegevens per 1 januari 1985)

regio	kerngemeente	aantal inwoners regio	aantal inwoners kerngemeente	aantal gemeenten
Kennemerland	Haarlem*	214.441	151.034	5
Oost Veluwe	Apeldoorn*	221.711	144.803	4
Zuid-Oost				
Utrecht	Zeist*	204.661	59.907	11
Midden-				
Holland*	Gouda*	211.748	60.286	15
Helmond e.o.	Helmond*	175.618	61.833	10
's Hertogen-	's Hertogen-			
bosch e.o.	bosch	259.928	89.221	17
IJsseldelta	Zwolle	368.873	88.050	21
Midden-Ken-				
nemerland*	Velsen	156.750	57.623	5
Waalwijk e.o.*	Waalwijk	66.132	28.725	6

Bron: CBS

Opm.: Van regio's of kerngemeenten die van een \* zijn voorzien zijn functionarissen geïnterviewd. In de regio IJsseldelta is de gemeente IJsselmuiden en in het stadsgewest 's Hertogenbosch is de gemeente Rosmalen geïnterviewd.

In het navolgende zal een rondgang langs de samenwerkingsverbanden de verschillende varianten illustreren. Het duidelijkst komen de verschillen tot uiting in de wijze waarop de voor de invoering van de WVG bestemde plankostenvergoeding is besteed (zie paragraaf 2.3). Daarna zal kort worden ingegaan op de gemeenten waar geen samenwerkingsverband functioneert.

In het gewest Kennemerland (met Haarlem) zullen de afzonderlijke gemeenten hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden ex WVG houden. Gezamenlijk is men gekomen tot de formulering van beleidsuitgangspunten, subregionale paragrafen in de gemeentelijke plannen, een con-

flictregering en een uniforme planprocedure.

Haarlem heeft van de plankostenvergoeding een full-time ambtenaar aan kunnen stellen. Bloemendaal en Heemstede hebben er kleine uitbreidingen van het ambtelijk apparaat uit kunnen financieren. Verder zijn er twee ambtenaren 'gepoold' bij het samenwerkingsverband.

Het samenwerkingsorgaan Oost-Veluwe (met Apeldoorn als kerngemeente) krijgt helemaal geen eerstelijnsstaken. De afzonderlijke gemeenten streven naar een overeenkomende systematiek bij de aanpak van de eerstelijnsplanning. In de aanvraag voor plankostenvergoeding worden wel twee ambtenaren gepoold in het samenwerkingsverband. Deze ambtenaren zouden dan een dienstverlenende functie krijgen ten opzichte van de gemeenten.

In Midden-Holland (met Gouda) heeft iedere gemeente in principe haar eigen lokale beleid. De planvoorbereiding is echter aan het samenwerkingsorgaan overgedragen. De WVG-gelden zijn grotendeels bij het samenwerkingsorgaan geconcentreerd. Alleen Gouda heeft haar eigen WVG-ambtenaar. Woerden en Boskoop hebben een part-timer (resp. 0.5 en 0.1 dagtaak).

Het streekorgaan Gewest Helmond heeft sinds kort een beleidsvoorbereidende taak in het kader van de WVG. In 1986 krijgt het ook een uitvoerende taak in de zin dat de GGD Helmond wordt omgevormd tot een gewestelijke Basis Gezondheidsdienst. Van de WVG gelden is een 0.5 ambtenaar aangesteld bij het gewest.

De eerstelijnszorg in het Stadsgewest 's Hertogenbosch, waarin Rosmalen is geïnterviewd, is niet expliciet in de gemeenschappelijke regeling opgenomen, waarin taken aan het stadsgewest zijn opgedragen. De WVG plankostenvergoeding is fifty-fifty verdeeld over gemeenten en Stadsgewest. Het Stadsgewest heeft geen ambtenaren daarvan aangesteld, maar het zittende apparaat gefinancierd.

In het tot het integraal invoeringsgebied behorende gewest Midden-Kennemerland functioneert een WVG-bureau dat diensten verleent aan de deelnemende gemeenten, die al veel langer op verschillende terreinen met elkaar samenwerken. De WVG-plankostenvergoeding is in zijn geheel aangewend om dit bureau te bemannen.

Het Streekverband Zuidoost Utrecht (met gemeente Zeist) heeft een aantal gezondheidszorgtaken, maar niet expliciet de eerste lijn. Ook de maatschappelijke dienstverlening valt niet onder het Streekverband. Van de WVG-gelden is één ambtenaar bij Zeist en één bij het gewest aangesteld. Bij de regio IJsseldelta (met IJsselmuider) is de el(g)z een van de taakvelden. Voor de DG en GD is een aparte regeling waaraan een kleiner aantal gemeenten deelnemen. Van de WVG-gelden is een ambtenaar aangesteld bij de regio IJsseldelta.



Tot slot het Stadsgewest Waalwijk. Dit stadsgewest heeft taken op het gebied van de gezondheidszorg. De WVG-ambtenaar die door de gezamenlijke gemeenten kon worden aangesteld is bij het stadsgewest ondergebracht.

Alle onderzochte samenwerkingsverbanden, behalve het stadsgewest Waalwijk, vallen min of meer samen met de indeling in WGR-regio's. Waalwijk is te klein en gaat waarschijnlijk samen met het stadsgewest Tilburg een WVG-subregio vormen.

Variabel zijn de taakverdeling tussen gemeenten en de positie van de kerngemeente in het werkverband. De verdeling van de WVG-gelden doet een spanningsveld vermoeden tussen de kerngemeente en de overige gemeenten in het samenwerkingsverband. Het oordeel van de geïnterviewden over de samenwerking bevestigt dit vermoeden. In de meeste samenwerkingsverbanden kwamen wel eens spanningen tussen kerngemeente en de rest voor. Het duidelijkst waren die spanningen in Zuidoost Utrecht en Midden-Holland aanwezig. Bezien we het vorenstaande tegen wat achtergrondkenmerken van de gemeenten (tabel 4.1) dan valt op dat de twee regio's met de meeste spanningen de regio's zijn met de meeste gemeenten en waar de kerngemeente, gemeten naar inwonertal, weinig dominant is. Aan de andere kant zijn er juist ook aanwijzingen voor dat in regio's waar de kerngemeente zeer dominant is (Haarlem, Apeldoorn) deze de neiging hebben om nieuwe taken naar zichzelf toe te trekken in plaats van te delegeren naar het samenwerkingsverband. Het beste lijkt de samenwerking te verlopen in regio's waaraan een betrekkelijk gering aantal gemeenten deelnemen, die onderling niet te sterk qua inwonertal verschillen.

Van de onderzochte gemeenten functioneerden er drie **niet in een intergemeentelijk samenwerkingsverband**: Utrecht, Eenrum en Amsterdam, waarvan de deelgemeente Osdorp is geïnterviewd. Eenrum heeft nog geen enkele voorbereiding getroffen om WVG-taken op zich te gaan nemen. De geringe omvang van de gemeente en het feit dat een gemeentelijke herindeling op til is zijn hier oorzaken van. Utrecht is wel groot genoeg om WVG-taken uit te oefenen en heeft er dan ook nadrukkelijk naar gestreefd om dit ook zelf te gaan doen. Het is dan ook een aparte WVG-subregio geworden.

Amsterdam is ook een aparte subregio. Hier wil men echter binnen Amsterdam WVG-taken (waaronder de eerste lijn) decentraliseren naar deelgemeenten. Op dit moment functioneren er nog slechts twee van die deelgemeenten (Osdorp en Amsterdam Noord), maar in 1992 moet het decentralisatieproces zijn voltooid en is heel Amsterdam opgedeeld.

De deelgemeenten hebben een eigen bestuur, een eigen raad en een ambtenarenapparaat.

#### **4.2. Bestuursorganisatorische maatregelen**

Om de invoering van de WVG mogelijk te maken waren een aantal bestuursorganisatorische maatregelen noodzakelijk, die werden beschreven in de paragraaf 2.3. Bij de uitvoering van de bestuursorganisatorische maatregelen of 'BOM' moest de provincie het voortouw nemen. Na overleg met de gemeenten gaan ze als provinciale voorstellen naar het rijk. De BOM zijn deels achter de rug. In de interviews is daarom nagegaan hoe de gemeenten hierop terugzien.

Bovendien zijn om het beeld wat te verbreden een aantal provinciale (discussie)nota's met betrekking tot de BOM in de beschouwing betrokken. Voor een overzicht om welke nota's het hier gaat verwijzen we naar de literatuurlijst.

De eerste bestuursorganisatorische maatregel is de **gebiedsindeling**. Dit is de BOM waaraan verreweg het meeste aandacht is besteed. Het was de bedoeling dat de provincie in overleg met de gemeente gebiedsindelingen zou maken op regionaal, sub-regionaal en lokaal niveau. De onderscheiden regio's zouden moeten dienen als territoriale beleidskaders waarin taakverdeling, overlegstructuur en afstemming gestalte moeten krijgen. Bij de gebiedsindeling zouden een aantal criteria moeten worden gehanteerd.

1. De indelingen moeten voldoen aan het kubusprincipe, dat wil zeggen dat de gebiedsgrenzen van de verschillende niveaus elkaar niet mogen doorsnijden.
2. Aansluiting moet worden gezocht bij de bestaande bestuurlijke organisatie.
3. Aansluiting moet worden gezocht bij de oriëntatie van de bevolking op de verschillende voorzieningen.
4. Zo mogelijk wordt er geanticipeerd op de te verwachten toekomstige ontwikkeling.
5. De gebiedsindeling moet in het kader worden geplaatst van het overheidsstreven naar integratie van intergemeentelijke samenwerkingsverbanden (WGR).
6. De onderscheiden regio's moeten voldoende draagvlak bezitten. Officieel is er geen richtlijn voor de omvang van de draagvlakken. Globaal wordt echter uitgegaan van een draagvlak van 400.000 inwoners voor een WVZ-regio, 200.000 voor een subregio en voor het

lokale niveau 30.000.

Bij de door ons geïnterviewde gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden speelden weinig problemen ten aanzien van de gebiedsindeling. De meeste intergemeentelijke samenwerkingsverbanden werden, eventueel na enkele grenswijzigingen subregio ex WVG c.q. WGR-samenwerkingsgebied. Het stadsgewest Waalwijk vormde hierop een uitzondering. Dit intergemeentelijk samenwerkingsverband wordt door de provincie als te klein beschouwd (60.000 inwoners) om als WVG-subregio aangemerkt te worden. Daarom wordt zij waarschijnlijk bij het Stadsgewest Tilburg ingedeeld, hoewel het samenwerkingsverband en de deelnemende gemeenten liever zelfstandig blijven.

Geen van de geïnterviewde gemeenten wilde bij een ander gebied worden ingedeeld dan door Gedeputeerde Staten voorgesteld. Alle gemeenten zijn dus overeenkomstig hun wensen bij een samenwerkingsverband ingedeeld. Wel werd geconstateerd dat bijna bij elk samenwerkingsgebied problemen waren met de indeling van gemeenten aan de rand van het gebied.

Regelmatig wilden gemeenten aan de rand van een samenwerkingsgebied bij een ander gebied worden ingedeeld dan Gedeputeerde Staten voorstelde. Dit speelde vooral als men werd ingedeeld bij gebieden waarop men slechts in geringe mate was georiënteerd. Wij zien dit bijvoorbeeld sterk in de omgeving van de vier grote steden. Uit bestuurlijke overwegingen zijn de grote steden aangemerkt als aparte subregio's. Deze steden hebben toch al een aparte status doordat zij met de minister een convenant hebben gesloten. Bovendien hebben zij voldoende draagvlak. Hierdoor werd het wel moeilijk om in de omgeving van die steden functionele regio's te vormen. Dit leidde tot problemen bij de indeling van gemeenten als Bleiswijk (bij Rotterdam), Haarlemmermeer (bij Amsterdam) en Bunnik (bij Utrecht).

Daarnaast traden problemen op bij gemeenten die sterk waren georiënteerd op steden buiten de eigen provincie. Dit komt vooral in de provincie Gelderland veel voor. In dergelijke gevallen is de provincie geneigd om die gemeenten bij een samenwerkingsgebied in de eigen provincie in te delen. Een voorbeeld hiervan is Heerde, dat hoewel sterk op het vijf kilometer afstand liggende Zwolle georiënteerd, toch is ingedeeld bij het samenwerkingsgebied Oost-Veluwe, met als centrumgemeente het op 30 kilometer afstand liggende Apeldoorn. In dergelijke gevallen hebben de gemeenten regelmatig protest aangetekend tegen de provinciale plannen. Bezien we de BOM-nota's van de verschillende provincies dan blijkt dat in een aantal gevallen is voldaan aan de gemeentelijke wens om in een ander gebied te worden ingedeeld, (bijvoorbeeld Bunnik). Er zijn echter ook voorbeelden van

het tegenovergestelde (bijvoorbeeld Heerde).

De enige regio, waar binnen het gebied nog een verdere indeling in sub-subregio's is gemaakt is het gewest Helmond. Deze sub-subregio's, bestaande uit één tot drie gemeenten met een gezamenlijk inwonertal van rond de 30.000, vormen het laagste planningsniveau in het gewest. In de meeste andere regio's vormen de gemeente het laagste planningsniveau. Alleen het stadsgewest Waalwijk wil als het met Tilburg wordt samengevoegd naar een sub-subregio status met taken voor de eerste lijn.

De tweede BOM betreft de **taaktoedeling**. In principe moeten de te decentraliseren taken bij een zo laag mogelijk overheidsniveau worden toebedeeld. Er kan echter niet landelijk worden voorgeschreven welke voorzieningen op welk niveau moeten worden gepland omdat enerzijds gelijksoortige voorzieningen niet overal op hetzelfde niveau functioneren en anderzijds de bestuurlijke eenheden nogal qua draagvlak verschillen. Vandaar dat een gedifferentieerde en flexibele invulling wordt voorgestaan. In samenhang met de taakverdeling moet het beleid dat op de verschillende overheidsniveaus wordt gevoerd op elkaar worden afgestemd door middel van overleg. De wijze waarop dit overleg wordt gevoerd moet in het kader van de BOM worden geregeld. Daarnaast moet de provincie haar coördinerende en kadervormende taak uitvoerbaar maken in de vorm van richtlijnen en toezichtsbepalingen. Zowel uit de interviews als de provinciale BOM-nota's blijkt dat de taakverdeling achterloopt op de gebiedsindeling. Duidelijk is wel dat er ten aanzien van de eerste lijn niet zoveel problemen zijn te verwachten. In de provinciale voorstellen wordt deze steeds aan de gemeenten of aan de samenwerkende gemeenten toebedeeld. Uitzondering vormen de meer regionaal gerichte delen van het kruiswerk waarop verschillende provincies claims hebben gelegd.

Ook over de RIAGG's, de verpleeghuizen en de psychiatrie treden verschillen van mening tussen provincie en gemeente op.

Over afstemming van het provinciale op het gemeentelijk beleid is nog weinig bekend. Een enkele keer wordt aangekondigd dat de provincie hierbij het initiatief zal nemen bij het voeren van overleg. De provincie Zeeland kondigt in haar BOM-nota aan dat overleg gevoerd zal worden met de samenwerkende gemeenten. Dit zal aan het reeds bestaande periodieke overleg tussen provincie en de gemeenten worden gekoppeld. In dit verband kan worden gewezen op het onderzoek van DHV (1985), waarin de mogelijkheden voor beleidsafstemming tussen de drie overheidsniveaus zijn onderzocht door de ontwikkeling van drie bestuursmodellen voor de provincies Zuid-Holland en Friesland. Con-

clusie van het onderzoek (op basis van interviews met sleutelpersonen) is dat de reële afstemmingsmogelijkheden bij een over provincie en gemeente verdeelde planning zo laag moeten worden ingeschat. Men adviseert daarom (zowel voor Zuid-Holland als Friesland) om op het niveau van de gezondheidsregio's tot een gemeenschappelijke regeling te komen die verantwoordelijk is voor de planning van alle gezondheidszorgvoorzieningen.

Bij de in het onderzoek betrokken integrale invoeringsgebieden is men duidelijk verder gevorderd met de taakverdeling dan in de overige in het onderzoek betrokken gebieden. In Zuid-Kennemerland is de taakverdeling rond en is een overlegstructuur gecreëerd. Bovendien hebben provincie en gemeenten afgesproken te komen tot een gemeenschappelijke intentieverklaring waarin de aan te vatten planningswerkzaamheden en de onderlinge afstemming tussen de planontwikkeling op (inter)gemeentelijk en provinciaal niveau zijn vastgelegd. De geïnterviewden in de gemeente Haarlem en het gewest Midden-Kennemerland constateren dat de ontwikkelingen de vastgestelde taakverdeling achterhalen. Zo is bijvoorbeeld afgesproken dat de gemeenten in de eerste periode de RIAGG's voor hun rekening nemen en de provincie de verpleeg- en verzorgingstehuizen. Midden-Kennemerland constateerde echter dat in provinciale nota's uitspraken over de RIAGG's worden gedaan, terwijl gemeenten bijvoorbeeld in nota's over ouderenbeleid de verpleeg- en verzorgingstehuizen betrekken. Bovendien was er volgens Haarlem bij de BOM afgesproken om vanuit de eerste lijn te plannen. In de praktijk komt daar weinig van terecht. Er is bijvoorbeeld een verpleeghuizenplan opgesteld los van de eerste lijn.

Een derde groep van activiteiten in het kader van de BOM vormt het scheppen van een **adviesstructuur**. Provinciale Staten en gemeenteraden mogen de werkwijze, taken en samenstelling van de provinciale en gemeentelijke commissies regelen. Het gaat om de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, de gemeentelijke commissie voor de volksgezondheid, de provinciale commissie vestigingsbeleid alsmede de gemeentelijke commissie vestigingsbeleid. De WVG geeft alleen hoofdpunten die de gemeenten moeten uitwerken. In elk geval moeten veld, verzekeraars en patiëntenorgaan in het overleg worden betrokken en moet worden gezorgd voor een doorzichtige adviesstructuur.

Op het gebied van de adviesstructuur is nog minder geregeld dan bij de taakverdeling. Oorzaak hiervan is waarschijnlijk dat de minister in verschillende brieven aan de gemeenten aankondigt dat de adviesstructuur gedereguleerd zou worden. Met name de VNG heeft grote bezwaren tegen de ingewikkelde adviesstructuur zoals die in de WVG is

opgezet. De minister stelt zich voor de noodzakelijke vereenvoudigingen door te voeren bij de opstelling van de WGM. Aangezien deze nog niet is aangenomen verkeren de gemeenten en provincie in onzekerheid hoe de op te zetten adviesstructuur eruit moet zien.

De provinciale BOM-nota's beperken zich tot de provinciale adviesstructuur. Uitzondering hierop is Noord-Holland dat aanwijzingen geeft voor een gemeentelijke structuur. De provinciale voorstellen wijken nogal af van hetgeen in de WVG wordt gesteld. Noord- en Zuid-Holland verwijzen naar de door hen in het kader van de WZV ontworpen planprocedure. Drenthe vindt dat het verplichte overleg dient te vervallen. Men wil zelf bepalen hoe men aan beleidsvorming gestalte wenst te geven. Zeeland betreft de PRV bij de planvoorbereiding, waarbij men afziet van een WVG-commissie.

Op intergemeentelijk niveau draaien WVG-commissies in Midden-Kennemerland en Midden-Holland. Bij de laatste betreft het in feite de reeds bestaande regionale commissie gezondheidszorg, die tevens benoemd is tot commissie in de zin van artikel 23 van de WVG. In Kennemerland is men voornemens een intergemeentelijke commissie planvoorbereiding en een intergemeentelijke vestigingscommissie in te voeren. In het gewest Helmond functioneert al sinds 1978 een overlegorgaan gezondheidszorg, dat waarschijnlijk tevens als WVG-commissie zal gaan functioneren. Verder draait in het stadsgewest Waalwijk een informele overleggroep. Het stadsgewest 's Hertogenbosch en het samenwerkingsorgaan Zuidoost-Utrecht hebben het advies om een overlegstructuur op te zetten naast zich neergelegd in afwachting van meer duidelijkheid in de wetgeving. Wat dit betreft hebben zij het advies van de VNG om te stoppen met beleidsvoorbereidende werkzaamheden voor de invoering van de WVG ter harte genomen.

Op gemeentelijk niveau functioneren voornamelijk informele overleggroepen als er tenminste overleg is (bijvoorbeeld in Osdorp en Gouda). De gemeente Apeldoorn heeft op papier de plannen voor een vestigings- en een plancommissie gereed. Met instellen wacht men op de wetgeving. Tenslotte, dient Utrecht te worden genoemd. Hier ziet men voorlopig meer in bilateraal overleg. Over het uiteindelijke resultaat kan dan eventueel nog met alle betrokkenen om één tafel worden gesproken.

De laatste BOM is de **informatievoorziening**. Bij AMvB zal worden aangegeven welke gegevens door instellingen en beroepsbeoefenaren aan gemeenten, provincie en Rijk moeten worden geleverd. Om te voorkomen dat instellingen te vaak worden lastig gevallen met vragen van verschillende instanties om dezelfde gegevens zouden coördinatiepunten

moeten worden gecreëerd, waaraan men dan een keer gegevens levert en welke dan voor de distributie zorg dragen. Bij de informatieverzameling van de door instellingen te verstrekken gegevens zal worden aangesloten bij de ten behoeve van de WZV ontworpen werkwijze. Overwogen wordt de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg als coördinatiepunt aan te wijzen. Bij de gegevensverstrekking door beroepsbeoefenaars (veel berichtgevers, weinig gegevens) acht men de inschakeling van een beperkt aantal regionale gegevenskantoren doelmatig. Wellicht zouden deze bij de ziekenfondsen kunnen worden ondergebracht.

De informatievoorziening is nog in discussie in een commissie met vertegenwoordigers van WVC, het IPO (Interprovinciaal Overleg) en de VNG. Verschillende provincies willen deze discussie afwachten.

Alleen Noord-Brabant verwijst naar de handleiding Regionale Gegevensoverzichten (van het NIPG/IVG/RL) als aanknopingspunt voor de gegevensverzameling. In deze provincie heeft men zelf een onderzoek ingesteld wat het beste coördinatiepunt zou zijn en welke werkgebieden de coördinatiepunten krijgen.

Voor wat betreft de gemeenten kan worden gemeld dat een aantal nogal twijfelt aan de toegankelijkheid van de gegevens als deze bij de ziekenfondsen worden opgeslagen. Verschillende gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden hebben al geïnventariseerd. Er is echter op het punt van de gegevensverstrekking nog nauwelijks iets geregeld met de instellingen. Alleen Midden-Kennemerland kan in dit opzicht worden genoemd. Hier functioneert een commissie informatievoorziening met als doelstelling de oprichting van een regionaal gegevenskantoor.

Concluderend kan ten aanzien van de bestuursorganisatorische maatregelen worden gesteld dat er nog vrij weinig is geregeld. Alleen de gebiedsindeling lijkt een heel eind rond te zijn. Een spanningsveld werd hierbij geconstateerd tussen de uit bestuurlijk oogpunt meest wenselijke indeling en de vanuit het oogpunt van oriëntatie van de bevolking meest gewenste indeling. Bij de taaktoedeling is men minder ver. Problemen spitsen zich niet zozeer toe op de eerste lijn als wel op onder meer de RIAGG's en de verpleeghuizen. Gezien het uitgangspunt van flexibele taaktoedeling zullen dit soort problemen van blijvende aard zijn. Op het gebied van de adviesstructuur en de informatievoorziening is nog heel weinig gedaan. In het eerste geval is de onduidelijkheid hoe die adviesstructuur er uit moet zien daar debet aan. Bovendien stellen sommigen dat zij eigen procedures hebben om inspraak bij de vaststelling van een beleid te regelen. Bij

de informatievoorziening speelt de twijfel omtrent de toegankelijkheid van gegevens een belangrijke rol.

#### **4.3. Gemeentelijke beleidsprocessen**

Zolang de WVG nog niet is ingevoerd is de gemeente vrij om al of niet over te gaan tot het opstarten van een beleidsproces. Hieronder wordt verstaan het voorbereiden, bepalen, uitvoeren, evalueren en het bijsturen van een beleid (Hoogerwerf, 1982, p.57). Aangezien gemeentelijk eerstelijnsbeleid een nieuw fenomeen is beperken we ons hier tot de bespreking van de voorbereiding, de bepaling en de uitvoering. Aan evaluatie en bijsturing heeft men op dit moment nog niet veel gedaan.

1. **Vorbereidingsfase.** In deze fase worden de voor het beleid benodigde gegevens verzameld. Dit kan alleen een inventarisatie van voorzieningen behelzen, maar ook enquetes onder hulpverleners of onder de bewoners van de gemeente. Verder kan er in deze fase informeel overleg plaatsvinden met vertegenwoordigers van organisaties van beroepsbeoefenaren en instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.
2. **Beleidsfase.** Het resultaat van het onderzoek kan een concept-beleidsnota zijn. Het kan gaan om een ambtelijke nota of een nota waar B&W achter staat. Vaak worden dit discussienota's genoemd. Instellingen of verenigingen van beroepsbeoefenaren kunnen erop reageren. Tijdens inspraakbijeenkomsten kan ook de bevolking over de nota worden geconsulteerd. De aangepaste nota kan worden vastgesteld door de gemeenteraad, waarmee de nota officieel uitgangspunt voor het gemeentelijk beleid wordt.
3. **Uitvoeringsfase.** In deze fase worden door de gemeente concrete activiteiten ondernomen om tot realisatie van de in de nota geformuleerde doelstellingen te komen.

De mate waarin men is gevorderd in dit proces geeft een indicator voor de mate waarin een gemeente actief is. De indicator moet wel met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Gemeenten kunnen, zonder expliciete formulering van doelstellingen, best een actief beleid voeren. Anderzijds kunnen gemeenten met een vastgestelde nota aan de uitvoering weinig aandacht besteden bijvoorbeeld doordat de portefeuille gezondheidszorg in handen van een andere politieke partij valt. Met dit in het achterhoofd zijn de vorderingen van gemeenten op dit gebied bekeken.



**Ad 1.** Bijna in elke gemeente of elk samenwerkingsverband is wel iets aan inventarisatie gedaan. Wat er verder aan **onderzoek** is gedaan verschilt nogal per gemeente. Meest uitgebreid was het onderzoek in Helmond. De GGD heeft hier interviews met hulpverleners uit de kern-disciplines gehouden en enquetes onder de overige hulpverleners en de bevolking. In Utrecht zijn enquetes gehouden onder alle hulpverleners en gaat de GGD in 1986 een gezondheidsenquête onder de bevolking houden. Een dergelijke bevolkingsonderzoek is gepland in Midden-Holland. Wat ook onder onderzoek kan worden gerekend is de signalering van knelpunten in de zorg. De gemeente Haarlem heeft deze voor alle disciplines in de eerste lijn systematisch in kaart gebracht. Andere gemeenten hebben hieraan meer fragmentarisch (bijvoorbeeld Apeldoorn) of vanuit een bepaalde invalshoek (bijvoorbeeld Rosmalen vanuit het ouderenbeleid) aandacht aan besteed. Verder is er sprake van onderzoek op verschillende deelterreinen. In het integrale invoeringsgebied Kennemerland is men hier het verst mee, wat waarschijnlijk wordt veroorzaakt door het feit dat men hier meer geld beschikbaar heeft voor dit soort activiteiten. Zo zijn zowel in Haarlem als Midden-Kennemerland projecten ouderenzorg opgezet. Ook loopt in Haarlem een onderzoek onder vrouwen en lopen in Midden-Kennemerland onderzoeken naar patiëntenstromen en financiële gevolgen van indicatiestellingen in de tweede lijn voor de eerste lijn.

**Ad 2.** Een aantal gemeenten heeft **beleidsuitgangspunten** geformuleerd, anderen zijn daarmee bezig of hebben daar plannen voor. Midden-Holland is ambtelijk met de formulering van uitgangspunten bezig. In Midden-Kennemerland zitten ze in het bestuurlijk circuit. De gemeente Helmond heeft door de GGD nota's laten maken. Deze zijn echter niet vastgesteld door B&W, noch behandeld in de gemeenteraad wegens het uitblijven van invoering van de WVG. Zeist, Apeldoorn en Haarlem beschikken wel over door de gemeenteraad vastgestelde nota's. Verder zijn er deelnota's in voorbereiding in verschillende gemeenten opgestelde over onderwerpen als ouderenproblematiek (Haarlem, Midden-Kennemerland, Rosmalen). Deze hebben echter slechts gedeeltelijk betrekking op de gezondheidszorg. Dit geldt ook voor de in verschillende gemeenten welzijnsnota's. Het sterkste voorbeeld hiervan is Gouda, wat een proefgemeente is voor de Kaderwet Specifiek Welzijn. Hier is zelfs een Meerjarenplan voor de periode 1983-1986. De gezondheidszorg komt hierin maar zeer zijdelings aan bod.

**Ad 3.** Wat de **uitvoering** van het in de vastgestelde nota's geformuleerde beleid betreft kan worden gesteld dat de situatie niet erg

rooskleurig is. Zeist heeft weliswaar een gering bedrag (fl. 10.000,--) vrij gemaakt voor uitvoering van de nota, maar voorstellen ter besteding van dit geld (bijvoorbeeld aan GVO/preventie-activiteiten of aan een startsubsidie voor een patiëntenplatform) halen meestal geen raadsmeerderheid. Er is alleen wat geld besteed aan een gezondheidsinformatiecentrum. De ontwikkelingen in Apeldoorn zijn vergelijkbaar. Aan uitvoering van de in 1982 door de raad bekrachtigde nota is geringe prioriteit gegeven vanwege de trage invoering van de WVG. Wèl zijn de ontwikkelde reglementen voor een adviesstructuur er op gebaseerd en leeft ambtelijk het idee om mogelijkheden voor uitvoering buiten de WVG te onderzoeken.

In Haarlem is de nota pas in november 1985 vastgesteld. Dat betekent dat over uitvoering nog niet zo veel is te zeggen. Men is voornemens om de nota in verschillende deelnotities uit te werken, onder meer over het vestigingsbeleid en over de relatie tussen de eerste lijn en de AGGZ. Het geheel moet wel uitmonden in één WVG-plan dat gezien de voorbereiding kort en concreet kan zijn.

Algemeen kan gezegd worden dat overal wel enige activiteit kan worden waargenomen, behalve in de kleinste gemeenten. Het in het onderzoek betrokken integrale invoeringsgebied is duidelijk verder dan de anderen, wat tamelijk logisch is. Verder kan worden geconstateerd dat verschillende gemeenten, die in een vroeg stadium enthousiast aan de slag gingen (in het begin van de jaren tachtig), werden gefrustreerd door het uitblijven van invoering van de WVG.

#### **4.4. Randvoorwaarden voor een gemeentelijk beleid**

De mate waarin een gemeente activiteiten ontplooit met betrekking tot de ontwikkeling van een beleid voor de eerste lijn is niet alleen afhankelijk van de wil van een gemeente om een beleid te gaan voeren. De mankracht, die men kan vrijmaken of kan aantrekken ter voorbereiding van een dergelijk beleid is eveneens van invloed. Daarnaast is de vraag van belang in hoeverre men financiële middelen ter beschikking heeft om stimulerend op te treden. Deze paragraaf is gewijd aan deze randvoorwaarden.

Wat de inzet van ambtenaren betreft is er een rechtstreeks verband tussen grootte van de gemeente en de mogelijkheid om ambtenaren op gezondheidszorg in het algemeen en de eerste lijn in het bijzonder in te zetten. Dit geldt niet alleen in kwantitatieve maar ook in kwalitatieve zin. Grotere gemeenten hebben beter betaalde en meer gespecialiseerde en daardoor beter gekwalificeerde ambtenaren dan

kleinere.

Naast de reeds bestaande formatieplaatsen binnen de gemeentelijke apparaten voor gezondheidszorg zijn in het kader van de voorbereiding van de invoering van de WVG nieuwe arbeidsplaatsen geschapen. Het betreft hier de in paragraaf 2.3. genoemde **plankostenvergoeding** die door een bezuinigingsoperatie is getroffen. Ten aanzien van de financiën kan in de eerste plaats de vraag worden gesteld hoe is omgesprongen met de plankostenvergoeding. Verder is nagegaan of gemeenten nog op andere wijze geld hebben aangewend ten behoeve van de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit zou kunnen gebeuren uit de algemene middelen. De bereidheid om er zelf geld in te steken geeft een indicatie voor het belang dat men hecht aan de eerste lijn. Een andere mogelijke geldbron voor de gemeenten zouden de budgetten voor het AMW kunnen zijn. Deze geldstroom verloopt via de gemeente.

De verschillen in inzet van ambtenaren tussen gemeenten bleken in de interviews. Bij de grote gemeenten (Utrecht en Haarlem) kan worden gesproken van een kleine afdeling met 3 à 4 ambtenaren, die zich met gezondheidszorg bezighoudt. Daartegenover staan kleine gemeenten als IJsselmuiden, met één ambtenaar die zich voor 15% van zijn tijd met gezondheidszorg bezighoudt en Eenrum, waar de betrokken ambtenaar voor een zeer gering gedeelte van zijn tijd met gezondheidszorg bezig is. Naast ambtenaren voor gezondheidszorg is er bij de gemeenten met meer dan 50.000 inwoners meestal nog iemand apart belast met de maatschappelijke dienstverlening. Aparte vermelding verdient de situatie in Helmond. Hier is een functionaris van de GGD belast met de gemeentelijke beleidsvoorbereiding. Deze functionaris is bovendien nog voor 50% van zijn tijd bij het gewest Helmond gedetacheerd, waar hij eveneens de beleidsvoorbereiding ten aanzien van de eerste lijn doet.

Op de besteding van de plankostenvergoeding is al ingegaan in paragraaf 4.1. waar de verdeling van de plankostenvergoeding tussen de intergemeentelijke samenwerkingsverbanden en de deelnemende gemeenten aan de orde kwam. Daarnaast verwijzend beperken we ons hier tot de vraag waaraan de plankostenvergoeding is besteed. Het grootste gedeelte is aangewend voor ambtelijke versterking. Ook een belangrijk deel is gebruikt om reeds aangestelde ambtenaren te betalen. Deels vindt dit haar grond in het feit dat sommige gemeenten (bijvoorbeeld Zeist en Apeldoorn) toen de WVG in zicht was op eigen initiatief al ambtenaren hadden aangetrokken voor de voorbereiding. Deze plaatsen worden nu uit de plankostenvergoeding gefinancierd. Verder zijn kleine sommen geld uit de vergoeding bestemd voor onderzoek (Waalwijk) of projecten als 'medicijngebruik door ouderen',

'gehandicaptenvervoer' (Haarlem).

De bezuinigingsoperatie waarmee de plankostenvergoeding met bijna 40% werd teruggebracht, heeft bij de gemeenten verontwaardiging gewekt. De twijfel omtrent het wel of niet doorgaan van de WVG, dat sinds de intrekking van de Kaderwet heerst, is er door versterkt.

Men leidt eruit af dat de invoering van de WVG kennelijk niet zo'n hoge prioriteit heeft. Een gemeente als Gouda is er door gedupeerd, omdat toen de bezuinigingsmaatregel werd afgekondigd, zij al iemand had aangesteld, die vervolgens gedeeltelijk uit eigen middelen moest worden betaald. De algemene middelen worden door gemeenten weinig aangesproken ten behoeve van de eerste lijn. Als het gebeurt gaat het om vrij kleine bedragen. Voorbeelden zijn subsidies aan patiëntenverenigingen (Zuid-Kennemerland), startsubsidie voor een gezondheidscentrum (Utrecht), e.d. Verschillende gemeenten (bijvoorbeeld Utrecht en Apeldoorn) zijn van mening dat er al voldoende overheids-geld naar de gezondheidszorg gaat en verwijzen dan ook naar de landelijke regelingen (zoals de voorlopige stimuleringsregeling).

Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat er **AMW-budgetten** ten behoeve van de eerste lijn worden gebruikt. In Utrecht wordt daarbij gewezen op de angst in het maatschappelijk werk voor medicalisering. Wel genoemd kan worden de subsidie die KSW-proefgemeente Gouda verstrekt aan het plaatselijke patiëntenplatform. Deze wordt betaald uit de 'brede doeluitkering' die de gemeente krijgt vanwege die proefgemeente status (zie paragraaf 2.1.). Ook in Gouda subsidieert de gemeente een maatschappelijk werkende in het ziekenhuis, die hierin de overgang van ziekenhuis naar huis regelt. Tot slot kan worden vermeld dat in Utrecht, de bouw van een gezondheidscentrum is gesubsidieerd door het als werklozenproject te laten uitvoeren.

Conclusie van de paragraaf is dat de inzet van mankracht ten behoeve van gemeentelijke beleidsontwikkeling sterk samenhangt met de gemeentegrootte. De uitgekeerde plankostenvergoeding heeft dit nog eens versterkt doordat kleine gemeenten meestal 'poolen' in een intergemeentelijk samenwerkingsverband. Ten aanzien van de financiën kan worden gesteld dat de bereidheid bij de geïnterviewden om zelf geld aan te wenden voor de eerste lijn niet groot is en dat de mogelijkheid om andere geldbronnen aan te boren nauwelijks aanwezig is.

#### **4.5. Bestuurlijke knelpunten bij een gemeentelijk eerstelijnsbeleid**

Als we de afgelopen paragrafen overzien dan blijkt de mogelijke in-

voering van de WVG nogal wat bestuurlijke beroering te hebben te-  
weegebracht. Aangezien het beleid voor de eerste lijn vaak interge-  
meentelijk wordt gevoerd en of voorbereid, moeten gemeenten gaan sa-  
menwerken in grotere verbanden. Daarbij tekenen zich spanningen af  
tussen kerngemeenten en overige gemeenten en moeten sommige bestaan-  
de samenwerkingsverbanden worden samengevoegd tot grotere gehelen,  
wat eveneens met spanningen gepaard gaat. De bestuursorganisatori-  
sche maatregelen leverden in de eerste plaats problemen op bij de  
gebiedsindeling voor gemeenten die bij andere samenwerkingsgebieden  
werden ingedeeld dan zij wensten. Maar ook de taaktoedeling leverde  
fricties op, zij het niet in de eerste plaats bij de eerste lijn.  
Het uitgangspunt dat de taaktoedeling flexibel moet zijn en dus elke  
vier jaar kan wisselen betekent dat dit een voortdurende bron van  
onrust is. Bij de adviesstructuur is het vooral de onduidelijkheid  
hoe die er nu uiteindelijk uit komt te zien die tot terughoudendheid  
bij het totstandbrengen ervan heeft geleid. Ten aanzien van de in-  
formatievoorziening heerst twijfel of men de benodigde informatie  
wel krijgt, zeker als de gegevensverzameling wordt ondergebracht bij  
de ziekenfondsen. Ook heeft het bezuinigen op de plankostenvergoe-  
ding veel kwaad bloed gezet bij de gemeenten.

Tenslotte kan nog een knelpunt worden genoemd dat bij een eventuele  
invoering van de WGM naar voren kan komen. Dat is dat bij sommige  
gemeenten (bijvoorbeeld Zeist) de portefeuille voor gezondheidszorg  
en maatschappelijke dienstverlening van elkaar zijn gescheiden. Dat  
betekent vaak ook dat de respectievelijke ambtenaren bij verschil-  
lende afdelingen zitten, wat onderlinge samenwerking bemoeilijkt.

Bovengenoemde knelpunten zijn van geringe betekenis vergeleken bij  
wat de gemeenten als **belangrijkste probleem** zien: de trage invoering  
van de WVG en de onzekerheid samenhangend met de aankondiging van de  
WGM. Dit heeft veel onduidelijkheid geschapen ten aanzien van de be-  
voegdheden die men krijgt. Het resultaat hiervan is met name te zien  
in de paragraaf beleidsprocessen. In verschillende gemeenten is die  
ontwikkeling gefrustreerd omdat de instrumenten ontbraken om tot  
uitvoering over te gaan. Andere gemeenten zien zelfs überhaupt van  
voorbereidende werkzaamheden af omdat men bang is om werk voor niets  
te doen. Hier speelt ook mee dat verschillende gemeenten betwijfelen  
of men wel voldoende bevoegdheden krijgt als men gaat invoeren. Men  
vreest dat er een zodanig pakket aan richtlijnen en kwaliteitseisen  
zullen worden meegeleverd en dat de financiële kaders zo weinig  
ruimte om te schuiven openlaten dat er voor de gemeente alleen een  
invuloefening overblijft. Sommige gemeenten vrezen zelfs dat net als  
bij de Kaderwet invoering helemaal niet doorgaat.

## 5. INHOUDELIJKE ASPECTEN VAN GEMEENTELIJK BELEID VOOR DE EERSTE LIJN

### 5.1. Houding ten aanzien van de WVG

In het vorige hoofdstuk hebben we ons uitsluitend beziggehouden met de bestuurlijke aspecten van gemeentelijk beleid voor de eerste-lijns-(gezondheids)zorg. In dit hoofdstuk zullen we ingaan op de inhoudelijke aspecten van dat beleid. Voor we ons gaan bezighouden met specifieke onderwerpen als vestigingsbeleid, afstemming van werkgebieden, samenwerking binnen de eerste lijn en patiëntenparticipatie komt eerst de wat men zou kunnen noemen beleidsfilosofie van de gemeenten aan de orde. Ten behoeve hiervan is gevraagd naar de mening van gemeenten over de WVG (of men de doelstellingen onderschrijft, wat men vindt van invoering en de verhouding overheid-particulier initiatief).

Uit de interviews is gebleken dat de gemeenten in het algemeen de **doelstellingen van de WVG** onderschrijven. Over de mogelijkheden die de WVG biedt om een gemeentelijk beleid voor de eerste lijn te gaan voeren is men minder positief. De angst heerst dat het bij de WVG horende pakket aan richtlijnen en kwaliteitseisen een zodanig strak keurslijf zullen bieden dat er voor de gemeenten heel weinig beleidsruimte overblijft. De wil van het Rijk om daadwerkelijk te decentraliseren wordt allerwege betwijfeld. Ervaringen uit het verleden met het niet doorgaan van de Kaderwet Specifiek Welzijn en het bezuinigen op de plankostenvergoeding hebben deze twijfel versterkt. Ook van het recent verschenen vestigingsbesluit huisartsen vindt men dat dit weinig mogelijkheden geeft om als gemeente sturend op te treden. Men kan alleen tellen en iets zeggen over de spreiding. Eisen stellen met betrekking tot bijvoorbeeld samenwerking is daarbij niet mogelijk.

Is men het eens over de doelstelling van de WVG en de mogelijkheden, die de wet mogelijk gaat bieden om een beleid voor de eerste lijn te gaan voeren, men verschilt in het verbinden van consequenties aan deze mening. Sommige gemeenten nemen een puur afwachtende houding aan, daarmee het VNG standpunt overnemend niet te hard van stapel te lopen zolang er niet voldoende duidelijkheid is over de bevoegdheden zijn. Voorbeelden van gemeenten die een dergelijke houding aannemen zijn Rosmalen, Zeist en de aan het samenwerkingsverband Midden-Holland deelnemende gemeenten. Vooral de grotere gemeenten en de intergemeentelijke samenwerkingsverbanden toonden zich minder afwachtend. De vrees dat het helemaal niets doen wellicht zou leiden tot

een helemaal niet doorgaan van de WVG speelde bij sommigen een rol. Beter een half ei dan een lege dop was daarbij de redenering. In verschillende gevallen was ambtelijk sprake van enthousiasme, maar werd dit bestuurlijk afgeremd (bijvoorbeeld in Gouda en in Helmond). Wat ook een belangrijke rol speelt bij het aannemen van een afwachtende houding zijn gemeentelijke activiteiten in het verleden, die op niets zijn uitgelopen. Bijvoorbeeld in de gemeente Utrecht werd eind van de jaren '70, een discussie gevoerd om huisartsen in dienstverband te krijgen. Hier is niets uitgekomen. De gemeente past nu wel op om activiteiten te ondernemen waar de kans op succes gering is gezien de weinige instrumenten die men heeft. Een dergelijk verhaal geldt ook voor Zeist, waar aan het begin van de jaren '80 het veld enthousiast was gemaakt toen een beleidsnota volksgezondheid werd geschreven. Dat elk vervolg ontbrak door gebrek aan bevoegdheden betekende voor veld en gemeente een grote domper. Voor men het veld opnieuw wakker wil maken wil men nu zeker zijn dat men ook wat kan.

De visie op de **verhouding tussen overheidsingrijpen en particulier initiatief** is volgens de meeste geïnterviewden gerelateerd aan de **politieke kleur** van de gemeente. Gemeenten waarin de PvdA sterk vertegenwoordigd is in college van B&W hebben minder de neiging om de gezondheidszorg aan instellingen en beroepsbeoefenaren over te laten aan gemeenten met een grote VVD-inbreng in het college. Het CDA zit daar tussen in en legt wat meer de nadruk op de levensbeschouwelijke inbreng in de gezondheidszorg. Of dit verschil in visie ook inderdaad leidt tot verschillen in activiteit is moeilijk op basis van de interviews te concluderen. Te meer daar ook de gemeentegrootte hier doorheen speelt. VVD/CDA gemeenten als Rosmalen, Zeist en Helmond nemen inderdaad een tamelijk afwachtende houding aan, maar dit zijn ook de kleinere van de geïnterviewde gemeenten. De PvdA gemeente van een vergelijkbare omvang, Gouda, is niet veel actiever.

De vraag kan worden gesteld hoe de politieke kleur van een gemeente van invloed is. Ten eerste is de partij van de portefeuillehouder gezondheidszorg van belang. Deze kan een grote initiërende en sturende invloed uitoefenen. Hij of zij moet echter wel rekening houden met het politieke krachtenveld waarbinnen wordt geopereerd. De samenstelling van de rest van het college en van de raad is dus eveneens belangrijk.

Overigens melden verschillende gemeenten dat naast politieke kleur van de portefeuillehouder en samenstelling van het college en de raad **persoonlijke interesses** van een ambtenaar of een wethouder een

rol spelen. Een initiatiefrijke ambtenaar of wethouder, die de nodige overtuigingskracht bezit kan heel wat bereiken.

## 5.2. Vestigings- en erkenningenbeleid

De meest voor de hand liggende wijze voor een gemeente om invloed uit te oefenen op de gang van zaken in de gezondheidszorg is door middel van regulering van de in de gemeente werkende instellingen en beroepspersonen. Tot voor kort had de gemeente echter geen wettelijke instrumenten om zich vestigende beroepsbeoefenaren te weigeren ofwel vestiging van beroepsbeoefenaren te stimuleren. Ook ten aanzien van de instellingen voor gezondheidszorg had de gemeente geen invloed. Men heeft wel geprobeerd vat te krijgen op de vestiging van beroepsbeoefenaren (zie paragraaf 2.1.).

De WVG heeft de mogelijkheid geopend om de vestiging van beroepspersonen in de gezondheidszorg aan vergunningen te binden en de vestiging van instellingen aan erkenningen. In aparte AMVB zou daarna worden geregeld welke categoriën beroepsbeoefenaren/instellingen hieronder zouden vallen, welke criteria zouden mogen worden gehanteerd en welke procedure gevolgd. Inmiddels is er in oktober 1985 een AMVB verschenen die hierop betrekking heeft, nl. het **vestigingsbesluit huisartsen** (zie paragraaf 2.4.). Op het moment dat de interviews bij de gemeenten waren gehouden (november 1985) was de precieze tekst van dit besluit nog niet bij alle gemeenten bekend. Volgens de AMVB mogen B&W op twee gronden een vergunning aan een huisarts die zich wil vestigen weigeren:

1. Er zijn gezien de geldende normen al voldoende huisartsen in het gebied. Deze norm is gesteld op één huisarts per 2350 inwoners en wordt toegepast op het niveau van het WGR-samenwerkingsgebied. Is er op dit niveau zoveel surplus-bevolking dat vestiging van een huisarts gerechtvaardigd is, dan moeten gemeenten in overleg met elkaar uitmaken waar die huisarts wordt gevestigd.
2. Vanuit het oogpunt van een evenwichtige spreiding van voorzieningen binnen een bepaalde gemeente kan B&W een vergunning tot vestiging op een bepaalde plaats weigeren.

De gemeente mag geen andere eisen stellen dan deze twee. Voorkeur voor een vrouwelijke huisarts of een aan een gestructureerd overleg deelnemend huisarts kan dus niet worden geëffectueerd. B&W moeten voor zij overgaat tot vergunningverlening advies vragen aan een vestigingscommissie waarin in elk geval de betrokken beroepsgroep, de aanverwante disciplines, de verzekeraars en patiëntenorganisaties



zijn vertegenwoordigd. Zo'n vestigingscommissie kan zowel op gemeentelijk als op intergemeentelijk niveau worden gevormd. Hoe dit wordt gedaan is aan de gemeenten overgelaten.

De meeste gemeenten voelen de **behoefte om een vestigingsbeleid te gaan voeren**. Eigenlijk is alleen bij Helmond geconstateerd dat zij alleen wat zullen ondernemen omdat het Rijk dat voorschrijft en niet omdat men dat zelf ook wil. Overigens was hier op ambtelijk niveau aanmerkelijk meer enthousiasme. De overige gemeenten hebben allen wel op de een of andere manier te kennen gegeven een vestigingsbeleid te willen gaan voeren. Redenen, die men hier voor aanvoert zijn dat:

- er te weinig beoefenaren van een bepaalde beroepsgroep in de gemeente (bijv. Eenrum) zijn;
- er geen of te weinig vrouwelijke beroepsbeoefenaren (bijv. Waalwijk) zijn;
- men via het vestigingsbeleid zijn doelstellingen voor de eerste lijn wil verwezenlijken, zoals meer samenwerking of een betere afstemming van werkgebieden (bijv. Osdorp en Utrecht).
- er bij de gemeente aanvragen voor vestiging van aspirant-beroepsbeoefenaren binnenkomen (bijv. Zeist en Waalwijk);
- men het eerstelijns voorzieningenaanbod in een nieuw te bouwen wijk wil regelen (bijv. Gouda).

Opvallend is dat juist op dit aspect de kleine gemeenten (IJsselmuiden en Eenrum) ook regulerend willen optreden. Dit geeft enige steun aan de hypothese dat kleine gemeenten vooral willen optreden omdat er een tekort is aan voorzieningen of de bereikbaarheid van de voorzieningen slecht is. Dit zijn zaken die via een vestigingsbeleid kunnen worden geregeld. Grote gemeenten ondervinden eerder het gebrek aan samenhang als probleem. Om dit te bestrijden kan het vestigingsbeleid diensten bewijzen, maar het is niet het enige noodzakelijke instrument.

Verschillende gemeenten hebben **pogingen ondernomen om regulerend op te treden**. Zo heeft de gemeente Utrecht een concept-vestigingsverordening voor huisartsen op basis van de gemeentewet gemaakt. Nadat de door Lelystad vervaardigde vestigingsverordening door de Hoge Raad nietig was verklaard heeft men deze plannen ijlings laten varen. De gemeente Eenrum wilde graag een tandarts binnen de eigen grenzen. Tot dan was er alleen een spreekuur en was de dichtsbijzijnde tandarts moeilijk te bereiken. Men vond ook een tandarts die bereid was zich in Eenrum te vestigen, maar het ziekenfonds weigerde overeen-

komst aan te gaan, omdat Eenrum onvoldoende inwoners had voor een tandarts. Het door de gemeente aangespannen kort geding werd verloren, zodat de vestiging niet door kon gaan. Wel succesvol bij de vestiging van een nieuwe huisarts was de gemeente IJsselmuiden. Hier waren slechts 4 huisartsen op een bevolking van 12.000 inwoners. De gemeente heeft hier bemiddeld bij het zoeken naar een nieuwe huisarts. Met de zittende huisartsen zijn afspraken gemaakt omtrent de overdracht van patiënten, een verzoek aan de bevolking om van een huisarts te wisselen en een verzoek aan nieuwe bewoners om naar de nieuwe huisarts te gaan.

Verder pogen sommige gemeenten via de Wet op de Ruimtelijke Ordening iets te regelen. Men ruimt dan bijvoorbeeld in een bestemmingsplan plaats in voor een gezondheidscentrum (Gouda) of een fysiotherapeut (IJsselmuiden).

De gemeente Apeldoorn heeft uitvoerig onderzocht welke instrumenten een gemeente ter beschikking staan om buiten de WVG om een vestigingsbeleid te voeren (zie Apeldoorn, 1982) om tot de conclusie te komen dat goede instrumenten ontbreken.

Om een vestigingsbeleid te kunnen gaan voeren hebben de gemeenten dus de WVG nodig. De gemeenten, die op het moment van het interview kennis hadden genomen van het **vestigingsbesluit huisartsen**, toonden zich echter **teleurgesteld over de mogelijkheden** dat dit besluit bood. Gemeenten als Haarlem en Rosmalen en het samenwerkingsverband Midden-Holland hadden gehoopt ook kwalitatief, inhoudelijk criteria te kunnen hanteren in plaats van alleen aantal en spreiding. Zo had men bijvoorbeeld een voorkeur voor vrouwelijke huisartsen en een voorkeur voor multidisciplinair samenwerkende huisartsen willen kunnen effectueren. Osdorp, dat op het moment van het interview nog niet op de hoogte was van de inhoud van het vestigingsbesluit hoopt via een vestigingsbeleid samenwerking te kunnen stimuleren.

De vraag, die men vervolgens kan stellen is hoe men het **procedureel** gaat aanpakken. De wet laat de gemeente nogal wat vrijheid om de procedure in te richten, zodat er waarschijnlijk verschillen tussen de gemeenten gaan optreden. Zo gaan in Zuid-Kennemerland (Haarlem) en het stadsgewest Waalwijk de gedachten in de richting van een intergemeentelijke vestigingscommissie terwijl men in Midden-Kennemerland en in Oost-Veluwe (Apeldoorn) eerder aan gemeentelijke vestigingscommissies denkt. Een rol hierbij speelt ook het optreden van gemeentegrensoverschrijdend patiëntenverkeer. Bij Oost-Veluwe en Midden-Kennemerland worden in dat geval commissies van de betrokken gemeenten gevormd. De meeste gemeenten haddenechter nog

geen concrete plannen over de procedure, die zij gaan volgen. Het vestigingsbeleid ten aanzien van beroepspersonen staat meer in de belangstelling dan de afgifte van erkenningen aan instellingen. In de interviews is niets vernomen van activiteiten op dit gebied. Hoogstens waar men een samengaan van instellingen voor maatschappelijke dienstverlening nastreeft zou men de erkenning als stok achter de deur kunnen hanteren. Zo er al gedachten zijn over een erkenningsbeleid verwacht men dat de reeds bestaande instellingen zullen worden erkend.

### 5.3. Afstemming van werkgebieden

In de Nota Eerstelijnszorg wordt het gebrek aan afstemming van de werkgebieden van hulpverleners in de vier kerndisciplines als een belangrijk probleem gezien. Het wordt als een belemmering ervaren voor de ontwikkeling van overleg- en samenwerkingsrelaties binnen de eerste lijn. Een betere afstemming van werkgebieden is daarom een van de doelstellingen in het rijksbeleid. Gestreefd wordt naar samenwerking tussen voorzieningen in geografisch aaneengesloten werkgebieden met ten hoogste 30.000 inwoners. Binnen deze werkgebieden dient te worden gestreefd naar onderlinge afstemming van de doelpopulaties, gericht op het bereiken van een voor **minstens 80% congruente doelpopulatie** voor de kernvoorzieningen in de eerste lijn. Een betere afstemming van werkgebieden moet op het lokale niveau (gemeente of wijk) worden gerealiseerd. Daarom is het interessant om te bezien in hoeverre de gemeenten dit ook als een probleem zien en zo ja in hoeverre zij bereid en in staat zijn er iets aan te doen. De verhouding overheid/particulier initiatief komt hierbij aan de orde, evenals de vraag in hoeverre de vrije artskeuze mag worden aangetast. Er is een duidelijke relatie naar het vestigingsbeleid in de zin dat men mogelijk het vestigingsbeleid kan gebruiken om een betere afstemming te realiseren.

Onderscheid dient te worden gemaakt in ruimtelijke niveaus waarop afstemming plaats zou kunnen vinden. Op regionaal niveau opereren kruisverenigingen, PHV's en instellingen voor gezinszorg en maatschappelijk werk. Er zijn bijvoorbeeld op 1 februari 1984 182 instellingen voor maatschappelijk werk; 2/3 daarvan is gecombineerd met een gezinszorginstelling. Gemiddeld hebben de instellingen een werkgebied met 5 gemeenten. Er zijn er echter 27 die in één gemeente opereren. In 65 gemeenten opereren meer dan één instelling. De werk-

gebieden van de instellingen verschillen bovendien vaak aanzienlijk van die van de kruisverenigingen, die meestal een kleiner gebied beslaan. Op wijkniveau hebben we te maken met waarneemgroepen van huisartsen, de basiseenheden van het kruiswerk en de wijkbureau's voor maatschappelijk werk en gezinszorg. De omvang van de werkgebieden op dit niveau varieert nogal. De werkgebieden van waarneemgroepen van huisartsen hebben bijvoorbeeld gemiddeld 12.000 inwoners, terwijl de basiseenheden van het kruiswerk gemiddeld dubbel zoveel inwoners tellen. Zelfs als de omvang van de werkgebieden gelijk is kunnen door verschillen in gebiedsindeling grote overlappings optreden. De rijksoverheid streeft op dit niveau naar samenvallende werkgebieden met ten hoogste 30.000 inwoners.

Voor samenwerking tussen hulpverleners zijn werkgebieden met 30.000 inwoners te groot. Het is echter in de meeste gevallen weinig reëel om individuele hulpverleners hun doelpopulaties (patiënten/cliëntenbestanden) op elkaar te laten afstemmen. Bovendien zijn er mono en multidisciplinaire samenwerkingsvormen waarin de doelpopulaties groter zijn dan die van individuele hulpverleners (groepspraktijken, gezondheidscentra, kernen in de wijkverpleging). Afstemming van doelpopulaties zou daarom op een niveau moeten plaatsvinden dat ligt tussen dat van de werkgebieden van 30.000 en de doelpopulaties van de individuele hulpverleners. Zogenaamde behandel eenheden zouden moeten worden gevormd, die een doelpopulatie van 8 à 10.000 voor hun rekening nemen.

Uit de interviews is gebleken dat gemeenten zich het meest met de afstemming op het hoogste regionale niveau bezighouden. In mindere mate komt de afstemming van werkgebieden op wijkniveau aan de orde, terwijl de afstemming op het niveau van de doelpopulaties vrijwel buiten beeld blijft.

Op het **regionale niveau** is de problematiek van de werkgebieden eerder een bestuurlijke dan een zorginhoudelijke. Verschillende intergemeentelijke samenwerkingsverbanden en gemeenten ervaren het als een probleem als er binnen de eigen grenzen meerdere instellingen voor gezinszorg of maatschappelijk werk functioneren of als de grenzen van het werkgebied van de instelling niet samenvallen met de gemeentegrenzen en de grenzen van het samenwerkingsverband. Uit bestuurlijk oogpunt is dit voordelig, want als er afspraken moeten worden gemaakt hoeft maar met één instelling te worden overlegd. Een goede afstemming op dit niveau zegt echter nog niets over de afstemming van werkgebieden zoals bedoeld in de Nota Eerstelijnszorg. Wellicht is het wel zo dat als een gemeente naar een betere afstemming op wijkniveau streeft zij eerder wat bereikt als zij maar met één

instelling te maken heeft.

Ook voor de werkgebieden van beroepsbeoefenaren zijn er bestuurlijke argumenten aan te voeren om deze te laten samenvallen met gemeentef- of regiogrenzen. **Grensoverschrijdend patiëntenverkeer** maakt samenwerking tussen gemeenten noodzakelijk, terwijl bijvoorbeeld in Midden-Kennemerland de afspraak is dat de subregio de planning van de instellingen doet, terwijl de gemeenten de planning van de beroepsbeoefenaren voor hun rekening nemen. Al bij de uitvoering van het vestigingsbesluit huisartsen speelt deze problematiek. Men wil in principe gemeentelijke vestigingscommissies instellen, maar dit is onmogelijk als er teveel gemeentegrensoverschrijdend patiëntenverkeer is. Bij de integrale invoering van de WVG zullen bij de bepaling van de marginale financiële kaders de interregionale patiëntenstromen worden verrekend. Ook dit is een reden voor gemeenten om te proberen dit soort verkeer te voorkomen.

In een aantal gemeenten beginnen gedachten te leven om op **wijkniveau** wat aan afstemming te gaan doen. In Haarlem denken gemeente, ziekenfonds en de beroepsgroep huisartsen eraan om het in bespreking te nemen. Men realiseert zich wel dat het heel moeilijk zal zijn dit te bereiken. In Utrecht zijn de werkgebieden van het AMW en de basiseenheden van het Kruiswerk op elkaar afgestemd. De gezinszorg is pas kort geleden in het kader van het convenant voor de vier grote steden onder planningsverantwoordelijkheid van de gemeente gekomen. Daarom opereert men daar nog zeer omzichtig. Men wil met het vestigingsbeleid de werkgebieden van de huisartsen gaan afstemmen op de wijkindeling van het AMW en het kruiswerk. De Helmondse Nota Eerstelijnszorg bevat een voorstel omte gaan afstemmen in drie wijken van ongeveer 20.000 inwoners. Voor de eerstelijns en met name de huisartsen is dit echter volstrekt onbespreekbaar. In Apeldoorn wil men de komende vijf jaar de werkgebieden van kruiswerk, AMW en gezinszorg op elkaar gaan afstemmen. Bij de huisartsen ligt het ook hier moeilijker omdat een aantal van hen niet wijkgebonden wil werken.

Verschillende gemeenten vinden echter afstemming, die verder gaat dan de werkgebieden van de instellingen eerder een zaak van het **particulier initiatief**, dat hoogstens door de gemeente kan worden ondersteund (bijvoorbeeld in Zeist en in Waalwijk). Dit geldt in nog sterkere mate voor de afstemming op hulpverlenersniveau. Voor Rosmalen (20.000 inwoners) is het nog een vraag of er een verdergaande afstemming binnen de gemeente nodig is. Een andere manier om de noodzakelijke samenhang in de zorg aan te brengen is volgens deze gemeente het inrichten van een centrale meldpost bij het kruiswerk,

zodat de huisartsen geen contacten met alle wijkverpleegkundigen hoeven te onderhouden. Osdorp ziet de rijksdoelstelling om verder te regionaliseren binnen geografische eenheden van 30.000 inwoners als niet te implementeren in een bestaande situatie.

In Gouda zal het vestigingsbeleid worden gebruikt bij de planning van gezondheidszorgvoorzieningen in een nieuw te bouwen wijk. Men wil daar een gezondheidscentrum of in elk geval gestructureerde samenwerking. Om dat te realiseren zijn bevoegdheden op het gebied van vestiging van beroepsbeoefenaren noodzakelijk.

Een rol bij het al of niet streven naar afstemming van werkgebieden speelt de houding van gemeenten ten aanzien van de **vrije artsenkeuze**. De meeste gemeenten hebben dit principe hoog in hun vaandel staan. Alleen Haarlem en Utrecht sluiten het aanleggen van enige beperkingen niet uit. Een mogelijkheid die Haarlem in dit verband noemde was een beperking van de keuze tot de huisartsen van één waarneemgroep, die aldaar uit 5 à 14 huisartsen bestaat. Utrecht dacht aan de wijkindeling voor AMW en kruiswerk. De wijken in deze indeling hebben rond de 30.000 inwoners, wat aardig overeenkomt met het in de Nota Eerstelijnszorg genoemde inwonertal. Opvallend is dat de twee grootste van de geïnterviewde gemeenten ook bereid zijn het verst te gaan bij het streven naar afstemming van werkgebieden. Dit geeft een aanwijzing dat de problematiek hier het sterkst speelt. Dat men in de derde grote gemeente, Apeldoorn, minder ver wil gaan kan deels verklaard worden uit andere politieke verhoudingen en deels uit de grote oppervlakte van die gemeente waardoor de afstanden een natuurlijke afstemming in de hand werken.

Tenslotte moet de discussie **wijk- versus praktijkgericht** aan de orde worden gesteld. Deze speelt vooral op het niveau van de doelpopulaties tussen huisartsen en wijkverpleging. Het gaat om de vraag wie zich bij wie aanpast. Moet de huisarts wijkgebonden gaan werken of wordt de wijkverpleegster gekoppeld aan een huisarts-praktijk? Aangezien de gemeenten zich nog nauwelijks met afstemming van doelpopulaties bezighouden is van een visie, die verder gaat dan dat men het aan de betrokkenen wil overlaten, geen spraken. Hier en daar signaleert men wel het probleem (Osdorp, Rosmalen). In Gouda heeft verschil van mening over de gezamenlijke patiëntenbestanden er toe geleid dat het kruiswerk haar samenwerking met het gezondheidscentrum heeft opgezegd. De gemeente stond hier verder buiten.

## 5.4 Samenwerking tussen hulpverleners

Afstemming van werkgebieden verbetert de mogelijkheden voor gestructureerde samenwerking binnen de eerste lijn. De vraag of en zo ja op welke manier er samengewerkt wordt is echter een geheel andere. De rijksoverheid ondersteunt multi-disciplinaire samenwerkingsverbanden om tot een kwalitatieve verbetering en versterking van de eerste lijn ten opzichte van de tweede lijn te komen. Tevens wordt van samenwerking verwacht dat de samenhang in de eerste lijn wordt vergroot.

Er zijn verschillende vormen van multidisciplinaire samenwerking mogelijk. De meest gestructureerde en tevens geformaliseerde vorm is het **gezondheidscentrum**. Hierin werken tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende samen vanuit een gemeenschappelijke huisvesting (Boerma, 1984). Vaak is de samenwerking statutair vastgelegd. Inhoudelijk wordt een geïntegreerde behandeling vooropgesteld. Een wat lichtere vorm is het **home-team**. De orde van grootte hiervan is één of meer huisartsen, één of meer wijkverpleegkundigen en één of meer maatschappelijk werkenden soms uitgebreid met vertegenwoordigers van andere disciplines als bijvoorbeeld de gezinszorg of de fysiotherapie. Men heeft regelmatig gezamenlijk overleg over patiënten om tot een betere samenwerking in de hulpverlening te komen. Een nog lichtere vorm is het **sociaal-café**. Dit zijn regelmatige bijeenkomsten van alle hulpverleners uit de medische en maatschappelijke sector van een dorp of wijk. Men bespreekt elkaars werkwijze en problemen in doorgaans aanzienlijk grotere groepen dan het home-team. De samenwerking is dan ook aanzienlijk vrijblijvender. Gemeld moet nog worden dat gezondheidscentra die voldoen aan bepaalde voorwaarden financieel ondersteund worden door de rijksoverheid (de 'voorlopige stimuleringsregeling') en de op de AWBZ gestoelde regeling van de Ziekenfondsraad (Hiervoor geldt o.a. dat tenminste 2 huisartsen, 2 wijkverpleegkundigen en één maatschappelijk werker aan de samenwerking deelnemen). De vraag in deze paragraaf is in hoeverre gemeenten multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns stimuleren. Indien zij dat doen kan verder worden gevraagd hoe zij dat doen en aan welke vormen van samenwerking zij de voorkeur geven.

Uit de interviews blijkt dat een aantal gemeenten **samenwerking bevordert**. Er zijn er echter ook die op dit punt niet actief zijn. Dit geldt in de eerste plaats voor de twee kleinste gemeenten, maar ook voor gemeenten als Zeist en Helmond, waar niets gebeurt. Deze ge-

meenten hebben wel beleidsnota's waarin voor meer samenwerking wordt gepleit, echter in het geval van Zeist heeft de uitvoering van de nota, zoals reeds gezegd, een lage prioriteit, terwijl in Helmond de nota niet is vastgesteld. Verder zijn er enkele gemeenten/intergemeentelijke samenwerkingsverbanden die wel voor meer samenwerking zijn, maar vinden dat initiatieven daartoe van het veld moeten uitgaan. Dergelijke initiatieven worden dan wel ondersteund. Voorbeelden hiervan zijn Midden-Kennemerland en het stadsgewest Waalwijk. Een gemeente als Apeldoorn ondersteunt samenwerking in het geheel niet financieel. Men staat op het standpunt dat artsen vrije ondernemers zijn, die zichzelf maar moeten bedruipen. Wel probeert men door het treffen van planologische maatregelen voorwaarden te scheppen voor meer samenwerking. Hiertoe reserveert men in bestemmingsplannen ruimte voor de bouw van gezondheidscentra. Ook in Gouda is men voornemens in een bestemmingsplan ruimte te scheppen voor een gezondheidscentrum. Men heeft een overleg gestart met vertegenwoordigers van verschillende disciplines in de eerste lijn om dit voor te bereiden. Afsproken is per discipline de ideeën en wensen op een rij te zetten. Dit moet vroegtijdig gebeuren omdat anders alles vast ligt in het bestemmingsplan.

Rosmalen en Osdorp proberen via een eerstelijns-overleg samenwerking te bevorderen. Zo'n overleg is in Rosmalen op initiatief van het veld totstandgekomen. Doel van het overleg is met elkaar kennis te maken en elkaars mogelijkheden leren kennen. De gemeente wil via dit overleg de thuiszorg-conceptie bevorderen en samenwerking stimuleren met bindende afspraken, desnoods met verlies van een stukje eigen autonomie.

Osdorp heeft een geregeld overleg op bestuurs/directieniveau met daarnaast een tweetal groepen waarin de werkers met elkaar overleggen met de opdracht te denken over projecten, die ze gezamenlijk zouden kunnen opzetten. Secretariële ondersteuning vindt plaats vanuit de deelgemeente. De deelgemeente schermt het hulpverlenersoverleg wat af om te voorkomen dat ontwikkelde plannen achteraf door bestuur of directie worden afgekeurd. Men heeft overigens wel een zeker mandaat van de directies gekregen. Aan het Osdorpse overleg nemen de huisartsen (nog) niet deel. Het is wel de bedoeling dat zij er later bijkomen. Het overleg is gestart vanuit welzijn/maatschappelijke dienstverlening, het krijgt successievelijk meer taken en tenslotte zal ook de huisarts eraan worden toegevoegd. Deze strategie heeft de voorkeur boven een benadering waarin de huisarts direct als de spil van het eerstelijnsgebeuren wordt aangemerkt. Wordt dat gedaan, dan gaat de huisarts direct erg domineren. Bovendien speelt



een rol dat de Osdorpse huisartsen volgens de deelgemeente niet erg vooruitstrevend zijn en functioneert het gezondheidscentrum matig. Osdorp hoopt ook het vestigingsbeleid te kunnen aanwenden om samenwerking te stimuleren, door eisen te stellen bij vergunningverlening.

Gezondheidscentra worden **financieel** ondersteund in Utrecht, Haarlem en in Osdorp. In Haarlem subsidieert de gemeente een algemeen ondersteuningsinstituut voor het welzijnswerk. Daaruit wordt steun geboden aan samenwerkingsvormen in de eerste lijn.

Vermeldenswaard is nog dat Utrecht een gezondheidscentrum heeft laten bouwen als werklozenproject.

In gemeenten met een omvangrijke PvdA aanhang, zoals Gouda, genieten gezondheidscentra nogal eens de **voorkeur**. Ook andere gemeenten (bijv. Utrecht) hebben zich met het opzetten van gezondheidscentra beziggehouden. Aangezien het opzetten van gezondheidscentra een, voor de gemeente en betrokkenen moeizaam proces is en bestaande gezondheidscentra soms matig functioneren is het enthousiasme voor deze samenwerkingsvorm wat aan het wegebben. Volgens Utrecht moet voor elke cent worden geknokt, omdat de financiering nog steeds niet goed is geregeld. Bovendien raken de hulpverleners in de centra gefrustreerd omdat zij zoveel tijd in beheersactiviteiten moeten steken. Lichtere samenwerkingsvormen als het home-team worden gezien als een goed alternatief. In gemeenten met veel CDA-invloed wordt geen voorkeur uitgesproken ten aanzien van een samenwerkingsvorm (bijvoorbeeld Utrecht en Rosmalen). Pluriformiteit staat hier voorop. Gezondheidscentra en home-teams zijn mooi, maar ook de solo-arts moet kunnen.

Tenslotte de discussie over het al of niet in **dienstverband** brengen van huisartsen. Gemeld is al dat Utrecht geprobeerd heeft alle huisartsen in dienstverband te laten nemen. Deze poging is echter op niets uitgelopen. In Gouda heeft de PvdA ten aanzien van het nieuw te bouwen gezondheidscentrum een sterke voorkeur voor huisartsen in dienstverband. Hoe dit zich ontwikkelt moet worden afgewacht. Osdorp neemt een tegenovergesteld standpunt in. In een door de PvdA voorbereid voorstel worden de hulpverleners in het gezondheidscentrum in een aparte stichting ondergebracht. Dit betekent minder invloed van de gemeente op de gang van zaken dan bij een direct dienstverband, maar ook minder financiële risico's. Bovendien is Osdorp te klein om management boven een door de gemeente gerunde eerstelijnsorganisatie te zetten.

## 5.5. Gebruikersparticipatie

In de WVG is plaats ingeruimd voor de inbreng van gebruikers van eerstelijnszorg bij de bepaling en uitvoering van gemeentelijk beleid. Zo dienen zowel in de in te stellen plan- als vestigingscommissies "personen of organisaties, die de belangen van de gebruikers van voorzieningen voor gezondheidszorg in algemene zin behartigen" vertegenwoordigd te zijn. Lang niet overal functioneren algemene patiëntenverenigingen, die vertegenwoordigers voor dergelijke commissies kunnen afvaardigen. De patiëntenverenigingen, die er zijn kampen vaak met problemen als gebrek aan achterban, onvoldoende financiën, problemen bij het ontwikkelen van een beleid, weinig reële invloed bij deelneming in besturen en gebrek aan deskundige leiding (Warmenhoven, 1985, p. 477).

In de interviews is het gemeentelijk beleid ten aanzien van gebruikersparticipatie aan de orde gesteld. Bevorderen gemeenten dit en zo ja hoe? (subsidie, secretariële ondersteuning, ter beschikking stellen vergaderruimte, klachtenbehandeling, tevredenheidsonderzoek e.d.). Bovendien is gevraagd welke problemen gemeenten zien bij het inschakelen van gebruikers van gezondheidszorgvoorzieningen in commissies die zich met een eerstelijnsbeleid bezighouden.

Vrijwel alle gemeenten/samenwerkingsverbanden, behalve de twee kleinsten, ontplooiën op het gebied van gebruikersparticipatie wel enige activiteit, waaruit kan worden geconcludeerd dat gemeenten in principe **positief** staan **tegenover patiëntenparticipatie**. Subsidies worden verstrekt door Midden-Kennemerland aan een op subregio-niveau opererende overkoepelende patiëntenorganisatie, door Gouda aan een plaatselijk patiëntenplatform en door Midden-Holland aan hetzelfde patiëntenplatform om zich tot regionaal niveau uit te breiden.

Apeldoorn wil dat de plaatselijke stichting patiëntenbelangen zich omzet in een vereniging, die het ontstaan van patiëntengroeperingen op wijkniveau zal nastreven. Men wil subsidie verstrekken aan een dergelijke vereniging.

Haarlem probeert zeer bewust niet alleen de patiënt bij het beleid te betrekken, maar alle gebruikers. Daarbij gaat het om wijkraden, categorale patiëntenverenigingen, vrouwengroepen enzovoort. In het kader van de inspraakronde voor de conceptnota eerstelijnszorg is een informatiebijeenkomst voor al deze groepen belegd. In de toekomst wil men meer van dit soort bijeenkomsten organiseren rond op dat moment aan de orde zijnde thema's.

In de gemeenten Rosmalen, Helmond, Waalwijk en Utrecht ontbreken al-

gemene **patiëntenverenigingen**. Rosmalen wil de inspraak vanuit de bevolking organiseren omdat categorale patiëntenorganisaties te veel vanuit hun directe belang tegen de gezondheidszorg aankijken. Utrecht ziet deze problematiek ook. Zij zag echter een poging om een patiëntenplatform van de grond te tillen mislukken. Beide gemeenten zien bij de inschakeling van burgers in commissies of overleggroepen het ontbreken van een achterban als probleem. Waalwijk heeft de categorale patiëntenverenigingen in de regio aangeschreven met de vraag vertegenwoordigers af te vaardigen voor een patiëntenplatform, maar kreeg nauwelijks reactie. Inmiddels zijn landelijke, algemene patiëntenverenigingen aangeschreven met dezelfde vraag. Het gewest Helmond stelt vergaderfaciliteiten beschikbaar aan een werkgroep, die de patiënt vertegenwoordigt. Deze werkgroep wordt gedragen door categorale patiëntenverenigingen en heeft twee vertegenwoordigers in het regionaal overlegorgaan.

In Zeist functioneert weliswaar een algemene patiëntenvereniging maar deze wordt niet door de gemeente gesubsidieerd, ondanks herhaaldelijke pogingen hiertoe. Binnenkort wordt weer een poging gedaan omdat volgens de geïnterviewde ambtenaren de vereniging haar bestaansrecht inmiddels heeft bewezen.

In Osdorp wordt gewerkt aan een **participatienota**. Deze vloeit min of meer voort uit de instelling van de stadsdeelraad. Het probleem rees toen namelijk hoe deze deelraad zich verhield tot het al bestaande wijkopbouworgaan, dat eveneens de belangen van de bevolking behartigde. Zij deed dat onder meer door bewoners binnen dat orgaan rond bepaalde problematieken te organiseren. In het kader van de discussie over de onderlinge verhouding wordt gewerkt aan een participatienota. Men heeft nagegaan of het mogelijk was de bewoners te organiseren rond de eerste lijn. Dit was niet zinvol omdat het moeilijk bleek te zijn bewoners te laten nadenken over de structuur van de eerste lijn. Wel is het mogelijk om groepen over bepaalde problematieken te laten nadenken, die op de eerste lijn (deels) betrekking hebben met wat begeleiding. Men heeft een aanvraag lopen om zoiets op te zetten voor ouderenproblematiek.

Aan de andere kant mikt men op een betere klachtenprocedure of een soort ombudsfunctionaris en ondersteunt men bewonersinitiatieven. Als de werkers meer zijn georganiseerd worden bewonersinitiatieven wellicht sneller signaleerd.

Bij het Osdorpse wijkgezondheidscentrum is de patiëntparticipatie overigens voor de stadsdeelraad onbevredigend. Men had hier een club geformeerd waarin bewoners zich verenigen en zich dan met vragen tot het bestuur richten. Na een tijdje te hebben gefunctioneerd is dit

stukgelopen. Nu zitten alleen nog enkele individuele bewoners zonder achterban in het bestuur.

Tot slot wordt in dit verband gememoreerd dat onder de bevolking een **tevredenheidsenquête** is gehouden in Helmond en dat in Utrecht zoiets voor 1986 is gepland.

Al met al zien we bij de meeste gemeenten enige activiteit op dit vlak. Dat wil niet zeggen dat de patiëntenparticipatie geen probleem is. Voor de gemeenten is de situatie het eenvoudigst als er een algemene patiëntenvereniging functioneert. Zo'n vereniging maakt het werven van leden voor commissies relatief gemakkelijk. Is zo'n vereniging er niet, dan kan men proberen er een op te zetten. Anders moet men kiezen tussen een aanpak via de categorale patiëntenverenigingen of via de bewoners. Bij de eerste speelt het probleem dat vertegenwoordigers vanuit die organisaties de zaak vaak alleen vanuit hun eigen ziekte bekijken. Bij de tweede is het gebrek aan achterban vaak een knelpunt. Algemeen blijkt het moeilijk gebruikers/patiënten te laten meedenken over een abstracte problematiek als de structuur van de gezondheidszorg. Uiteraard hangt de mate van succes van participatie ook af van de invloed die men krijgt en daarmee indirect van de bevoegdheden, die de gemeenten in het kader van de WVG krijgen.

## **5.6. Inhoudelijke knelpunten bij een gemeentelijk eerstelijnsbeleid.**

In het voorgaande hoofdstuk hebben we gezien dat het uitblijven van invoering van de WVG het treffen van bestuurlijke maatregelen die op die invoering vooruitlopen belemmert. Dit hoofdstuk levert in feite dezelfde conclusie op. De gemeenten wachten met het ondernemen van activiteiten op invoering van de WVG, waarvan men over het algemeen de doelstellingen onderschrijft. De mate van activiteit van een gemeente hangt behalve van de houding ten aanzien van de invoering van de WVG ook af van de visie van de gemeente op de verhouding overheidsingrijpen particulier initiatief.

Deze visie wordt vooral bepaald door de politieke kleur van een gemeente. Variabelen als gemeentegrootte en persoonlijke interesses spelen hier doorheen.

De meeste gemeenten willen een vestigingsbeleid voeren, maar vooral de grotere tekenen hierbij aan dat men met het vestigingsbesluit huisartsen zoals dat er op dit moment ligt weinig kan doen. Met name

als het gaat om bevordering van samenwerking, afstemming van werkgebieden of de vestiging van vrouwelijke huisartsen. Het gebrek aan afstemming van werkgebieden zien vooral de grote gemeenten als probleem. Sommigen willen er ook wel wat aan doen, maar geen enkele wil gaan tot het niveau van de doelpopulaties, zoals dat in de Nota Eerstelijnszorg wordt verwoord. Men is al zeer tevreden als men op wijkniveau iets kan regelen. Wat daarbinnen gebeurt laat men over aan het particulier initiatief. De mate waarin men zich met samenwerkingsbevordering bezighoudt hangt samen met de visie op de verhouding overheidsingrijpen/particulier initiatief. Een knelpunt vormt de vaak moeizame gang van zaken bij gezondheidscentra, die er toe leidt dat men naar lichtere samenwerkingsvormen gaat omzien. Bevordering van patiëntenparticipatie, tenslotte, wordt vaak bemoeilijkt door het ontbreken van een algemene patiëntenvereniging of een patiëntenplatform. Overigens wordt bij al deze beleidsaspecten de activiteit die men kan en wil ondernemen in sterke mate beïnvloed door de bevoegdheden, die men bij invoering van de WVG krijgt.

## 6. ACHTERGRONDEN VAN GEMEENTELIJKE BELEID VOOR DE EERSTE LIJN

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op mogelijk verklarende factoren voor verschillen in gemeentelijk beleid voor zover deze uit de interviews konden worden afgeleid. Onderscheid is daarbij gemaakt tussen structurele kenmerken van gemeenten als bevolkingsomvang, urbanisatiegraad en dergelijke en gemeente-specifieke factoren als verhouding met het veld, gebruikersorganisaties en de ziekenfondsen.

### 6.1 Structurele factoren

In hoofdstuk 3 zijn enkele structurele kenmerken van gemeenten genoemd, die mogelijk verschillen in beleid tussen gemeenten verklaren. Gevraagd is of naar het oordeel van geïnterviewden grotere gemeenten actiever zijn dan kleine, stedelijke gemeenten actiever dan plattelandsgemeenten etc. Ook is gekeken naar de verschillen tussen de geïnterviewde gemeenten.

De **gemeentegrootte** lijkt samen te hangen met de mate waarin gemeenten actief zijn op het gebied van de eerste lijn. Grotere gemeenten kunnen een groter aantal en meer gespecialiseerde ambtenaren inzetten. Bovendien konden grote gemeenten de plankostenvergoeding gebruiken voor ambtelijke versterking, terwijl de kleine gemeenten moesten 'poolen' in een intergemeentelijk samenwerkingsverband. Tenslotte beschikken de zeer grote gemeenten vaak over eigen onderzoeksafdelingen, die assistentie kunnen verlenen bij de beleidsvoorbereiding. De grotere activiteit van grote gemeenten komt tot uiting in het feit, dat men verder is met de beleidsontwikkeling en dat de activiteiten minder ad hoc zijn. In de kleinste van de geïnterviewde gemeenten speelde behoudens de incidenten waarom ze waren geselecteerd in feite niets. Wel is gebleken, dat verschillende andere kleine gemeenten in een ander samenwerkingsverband zijn ingedeeld dan zij zelf wensten.

De **urbanisatiegraad** kwam minder duidelijk naar voren dan de verschillen tussen grote en kleine gemeenten. Toch werd bij de afstemming van werkgebieden al geconstateerd, dat dit in de steden duidelijk meer speelde dan daarbuiten. De geïnterviewde uit de gemeente Apeldoorn, een gemeente met zowel platteland als stad, was het opgevallen dat de discussie wijk- versus praktijkgericht heftiger in de stad Apeldoorn, dan in de omliggende gemeenten werd gevoerd. Verondersteld kan worden dat op het platteland de afstanden structu-

rerend werken. De werkgebieden van de huisartsen overlappen daardoor minder en afstemming met andere disciplines is er vaak automatisch. Het probleem op het platteland zit hem wellicht eerder in het feit, dat de afstanden te groot worden, waardoor sprake is van onderverzorging. In de stad is het mogelijk om uit een groot aantal huisartsen te kiezen. Bovendien is het mogelijk om na een verhuizing binnen de stad dezelfde huisarts aan te houden. Hierdoor hebben veel huisartsen hun patiënten over de hele stad verspreid, wat leidt tot een slechte afstemming van werkgebieden met de andere kerndisciplines en moeilijk tot stand te brengen samenwerking tussen de hulpverleners. Op grond hiervan kan de hypothese worden geformuleerd dat op het platteland de bereikbaarheid vaker als probleem wordt ervaren en in de stad gebrek aan samenhang. Dit kan tot uiting komen in de wijze waarop het vestigingsbeleid wordt gebruikt.

De invloed van de **politieke kleur** van de wethouder of het college op het beleid lijkt te verlopen via een verschil in visie op de relatie overheid/particulier initiatief. Verwacht kan worden dat CDA-/VVD-gemeenten zich vaker beperken tot het ondersteunen van initiatieven uit het veld, terwijl PvdA-gemeenten ook zelf initiatieven zullen nemen.

De **aanwezigheid van relatief veel ouderen of minderheden** speelt zo nu en dan een rol. Bijvoorbeeld in Haarlem en in Midden-Kennemerland lopen projecten ouderenzorg, waarin sprake is van een rechtstreeks verband met de eerste lijn. Aan de andere kant is de vergrijzing zo'n algemeen probleem, dat er ook in de relatief jonge gemeente Rosmalen een werkgroep ouderenproblematiek is. De invloed van de bevolkingssamenstelling op het gemeentelijk beleid lijkt minder differentiërend tussen gemeenten te werken dan die van de eerder genoemde factoren. Dit wordt nog in de hand gewerkt doordat de ten behoeve van het vestigingsbeleid ontwikkelde normen niet naar bevolkingssamenstelling zijn gedifferentieerd.

Een factor, die niet genoemd is in hoofdstuk 3, maar die wel van belang is, is de **mogelijkheid voor groei**. Osdorp gaf al aan dat het heel moeilijk is om in een bestaande situatie afstemming van werkgebieden op hulpverlenersniveau te realiseren. In een nieuwe situatie (bijvoorbeeld Almere of Maarssenbroek) liggen er wel mogelijkheden. We zien dat ook in Gouda, waar bij de bouw van een nieuwe wijk de planning van gezondheidszorgvoorzieningen serieus ter hand wordt genomen.

Uit de interviews zijn voldoende aanwijzingen naar voren gekomen, dat bovengenoemde factoren verschillen in soort en omvang van de gemeentelijke activiteit mogelijk verklaren. In het hoofdonderzoek zal

de kracht en de richting van de verbanden worden nagegaan. Speciaal zal daarbij moeten worden gelet op de onderlinge verwevenheid van de verklarende variabelen. Immers, grote gemeenten hebben vaak een relatief oude bevolking, zijn vaak meer links georiënteerd en hebben qua volume vaak een aanzienlijke groei gekend.

## **6.2 Relatie met het veld, gebruikersorganisaties en het ziekenfonds**

Van deze drie is de relatie met het veld veruit het belangrijkste voor een gemeente als zij activiteiten ten aanzien van de eerste lijn wil ontplooiën. In het kader van de WVG is het theoretisch mogelijk dat de gemeenten meer bevoegdheden ten aanzien van de eerste lijn krijgen. In de praktijk houdt het veld tot dusver een flinke vinger in de pap. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het vestigingsbesluit huisartsen (zie paragraaf 2.4) wat sterk de kenmerken van een compromis draagt.

Daarom is een goede relatie met het veld van levensbelang wil een gemeente haar doelstellingen realiseren. Dwingend voorschrijven kan men bijna niet. Men zal het moeten hebben van overleg, samenwerking, coördinatie, overtuiging e.d.

Onderscheid kan worden gemaakt tussen de relatie met de beroepsbeoefenaren en hun organisaties en de instellingen met de daarin werkzame hulpverleners.

De verhouding van de gemeente met de beroepsbeoefenaren wordt door de geïnterviewden slechts in enkele gevallen als goed beoordeeld (Rosmalen, Apeldoorn). Bij verschillende gemeenten is er nauwelijks sprake van een contact of verkeert het contact in sterke mate in een beginstadium (bijv. Gouda en Waalwijk). Verder worden klachten gehoord dat het veld "weinig politiek actief en ongestructureerd is" (Utrecht) of "ongeïnteresseerd en niet op de hoogte" (Midden-Holland) zou zijn. In Zeist werd aanvankelijk bij de voorbereiding van een eerstelijnsnota medewerking en enthousiasme bespeurd. Toen bleek dat aan het in de nota geformuleerd beleid geen uitvoering zou worden gegeven is dat enthousiasme weggeëb'd. De gemeente is nu zeer voorzichtig met contacten leggen in de zin dat men zeker moet weten dat men ook wat kan doen.

Een door verschillende gemeenten genoemd probleem bij de beroepsbeoefenaren is dat zij lokaal of regionaal weinig georganiseerd zijn (bijvoorbeeld in Midden-Kennemerland). In sommige gevallen functioneerde de PHV niet en waar die wel functioneerde is maar een deel van de huisartsen lid. Dit maakt het voor de gemeente moeilijk om



afspraken met de groep huisartsen te maken. Wanneer een huisarts bij een overleg wordt betrokken zit hij daar vaak op persoonlijke titel of namens een deel van de zittende huisartsen.

Wat voor de huisartsen geldt, geldt ook voor de andere beroepsgroepen. Bij de huisartsen speelt het probleem echter het sterkst omdat zij zo'n centrale positie in de eerste lijn innemen.

Wellicht zal door een **versterking van de ondersteuningsstructuur** voor huisartsen dit probleem in de toekomst kunnen worden ondervangen. Met dit doel zijn twee werkmaatschappijen opgericht, namelijk de Stichting Ondersteuning Huisartsen en de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen. De werkmaatschappijen zijn georganiseerd in districten, die samenvallen met de werkgebieden van de PHV's. Aan de andere kant houdt een sterkere organisatie van de huisartsen het gevaar in dat men een zeer behoudende positie gaat innemen. Plaatselijke initiatieven van groepjes huisartsen, zouden er wel eens door gefrustreerd kunnen worden.

De **contacten van de gemeenten met de instellingen** zijn over het algemeen gesproken intensiever. Het streven van gemeenten of samenwerkingsverbanden is er in het geval dat er binnen haar grenzen meerdere instellingen opereren vaak op gericht één instelling met grenzen die samenvallen met die van de eigen organisatie te krijgen. (bij Dit speelt bijvoorbeeld in Amsterdam, waar de gemeentelijke taken gedecentraliseerd worden naar deelgemeenten als Osdorp. De instellingen opereerden echter op stedelijke schaal. Daarom worden de instellingen nu geregionaliseerd. Dit proces heeft zich al voltrokken bij de AMW-instellingen en is aan de gang bij de gezinszorg. Voor Osdorp blijft het echter een probleem dat de geregionaliseerde instellingen een stuk groter zijn dan de deelgemeente.

In Haarlem is de fusie van twee van de drie AMW-instellingen tot stand gekomen. De derde blijft echter apart omdat zij een andere taakopvatting heeft. Zij is namelijk van mening dat de psycho-sociale hulpverlening een tweedelijnsfunctie is, terwijl gemeenten en AMW vinden dat dit een functie van het AMW is. Een uiting van een angst voor **medicalisering** vinden we ook in Utrecht. Hier heeft een gezondheidscentrum op losse schroeven gestaan omdat het AMW weigerde hierin een maatschappelijk werker te stationeren. De contacten van de gemeente Utrecht met het AMW verlopen beter dan enkele jaren geleden. Toen kwamen vaak situaties voor waarin afspraken gemaakt werden met de bestuurders, waar de werkers niet aan mee wilden werken en andersom werden de werkers regelmatig teruggefloten door hun besturen als zij afspraken maakten met de gemeente.

De onderzochte gemeenten hebben regelmatig contact met het AMW dan

met de gezinszorg omdat de financiering van het AMW via de gemeenten verloopt. In de vier grote steden is in het kader van het convenant de financiering en daarmee de planning van de gezinszorg ook naar de gemeenten gegaan.

Over het geheel genomen kan gezegd worden dat er van het veld weinig stimulansen richting gemeente zijn uitgegaan. Er is eerder sprake van wantrouwen en een afwachtende houding. Bij de beroepsbeoefenaren speelt vooral het ongeorganiseerd zijn een rol en bij de instellingen het niet georganiseerd zijn op het niveau van het samenwerkingsverband.

Van de ziekenfondsen en de gebruikers/patiëntenorganisaties hebben geen geïnterviewden te kennen gegeven, dat daar een stimulerende werking dan wel een frustrerende werking ten aanzien van een gemeentelijk beleid voor de eerste lijn van uitgang. Sommige melden alleen dat ziekenfondsen zich bepaald niet scheutig tonen met het verstrekken van gegevens.

## 7. SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In de inleiding van dit rapport hebben we ons een oriëntatie op het gemeentelijk beleid ten doel gesteld, die in de eerste plaats als voorbereiding op een landelijk onderzoek over dit onderwerp moest opleveren. Daarbij hebben we ons drie vragen gesteld. Wat zijn de mogelijkheden voor een gemeentelijk eerstelijnsbeleid, welke activiteiten ontplooit men op dit moment en wat zijn mogelijke verklaringen voor verschillen in gemeentelijk beleid? In deze conclusie zullen de op deze vragen gevonden antwoorden kort worden samengevat.

Aan de hand van beschikbare beleidsdocumenten zijn de mogelijkheden voor gemeenten om een beleid voor de eerstelijns-(gezondheids)zorg te voeren nagegaan. Geconstateerd werd dat die mogelijkheden tot voor kort uiterst gering waren. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg geeft de gemeente **in potentie aanzienlijk meer mogelijkheden**. De invoering daarvan verloopt echter veel trager dan verwacht. En uit de tot dusver genomen uitvoeringsbesluiten blijkt dat de gemeentelijke invloed minder groot werd dan gehoopt omdat het veld nog een belangrijke vinger in de pap houdt.

Ter beantwoording van de tweede en de derde vraag is een interviewronde onder gemeenten gehouden. Wat de inventarisatie van gemeentelijke activiteiten betreft kan worden geconstateerd dat, gezien het feit dat gemeenten zijn benaderd waarvan bekend was dat zij enige activiteit hadden ontplooid, de **activiteit gering** was. Aan de bestuurlijk-organisatorische kant hebben gemeenten moeite met het ontwikkelen van een beleid omdat er onzekerheid is hoe allerlei zaken geregeld moeten worden en wie die zaken moeten regelen. Onzeker is hoe de adviesstructuur eruit moet komen te zien, of bepaalde voorzieningen gemeentelijk, intergemeentelijk of provinciaal moeten worden gepland, de positie van de maatschappelijke dienstverlening, enzovoort. Hierdoor hebben de beleidsactiviteiten die worden ontwikkeld een tamelijk ad hoc en versnipperd karakter. Bovendien worden nogal wat activiteiten door de gemeenten achteraf als mislukt of zeer moeizaam beoordeeld. Opvallend is ook dat veel activiteiten op initiatief van het veld tot stand zijn gekomen. Het gemeentelijk beleid is meer reactief dan initiërend. We zien dat ook aan de soort gemeentelijke activiteiten, die worden ondernomen. Vaak gaat het om het ondersteunen van initiatieven van anderen, hetzij door beschikbaar stellen van subsidies, hetzij secretariael, hetzij door beschikbaar stellen van ruimte. Het scala aan ontwikkelde activiteiten

is hierdoor bijzonder groot, maar de invloed op de ontwikkelingen in de eerste lijn gering. De animo om met een vestigingsbeleid aan de gang te gaan was bij de onderzochte gemeenten duidelijk aanwezig, mits er ook kwalitatief inhoudelijke criteria gesteld konden worden. Voor samenwerkingsbevordering en afstemming van werkgebieden was minder enthousiasme. Het idee om dit aan het particulier initiatief over te laten was hier sterker. Bevordering van gebruikersparticipatie had dan nog wat meer prioriteit.

Ten aanzien van de derde vraag zijn er aan de hand van de interviews indrukken ontstaan omtrent mogelijke verklaringen voor verschillen in mate en soort van activiteit. **Gemeentegrootte** is in elk geval een belangrijke verklarende variabele. Gemeenten met een aanzienlijke **groei**, tot uiting komend in de bouw van grootschalige nieuwbouwwijken, zijn wellicht actiever. In stedelijke gebieden speelt eerder de problematiek van samenhang en afstemming van werkgebieden, terwijl op het platteland de bereikbaarheid van de voorzieningen eerder een rol lijkt te spelen.

De verhouding tussen gemeente aan de ene kant en beroepsbeoefenaren en instellingen aan de andere kant laat te wensen over. Bij de beroepsbeoefenaren speelde het weinig georganiseerd zijn en bij de instellingen het niet afgestemd zijn op het niveau van de gemeente als grootste probleem.

## LITERATUUR

- Beleidsnota eerstelijnsgezondheidszorg. Apeldoorn, 1982.
- Besluit proefgemeenten. Besluit van 6 juli 1982, houdende regelen aangaande het verstrekken van uitkeringen aan proefgemeenten in het kader van het bestuurlijke experiment Kader Wet Specifiek Welzijn, Nota van toelichting en bijlagen. Staatsblad (1982) 497.
- Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen, oktober 1985. 'sGravenhage, Staatsuitgeverij, 1985.
- BOERMA, W.G.W. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1984. Cijfers over Samenwerking 6. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.
- De wethouder en de gezondheidszorg. Inzet 9(1985)3, p. 13-15.
- DHV Raadgevend Ingenieursbureau B.V., Besturen en plannen in samenhang. Rapportage onderzoek eerste fase, 1985.
- DOPHEIDE, J.P. Overheidsbeleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Sluijs, E.M., J.P. Dopheide en J. van der Zee (red). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Utrecht, NIVEL, 1985.
- Eerstelijnszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18180, nrs. 1-2 (Nota Eerstelijnszorg), 1983.
- FAG, Werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra, Voorwaarden voor vernieuwing. Amsterdam, SOSEL, 1982.
- Gedeputeerde Staten van Gelderland, Voorontwerp samenwerkingsgebieden Wet Gemeenschappelijke Regelingen, 1984.
- Gedeputeerde Staten van Limburg, Nota bestuursorganisatorische maatregelen ten behoeve van de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de provincie Limburg, 1984.
- Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant, Discussienota bestuursorganisatorische maatregelen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, 1983.
- Gedeputeerde Staten van Overijssel, Discussienota met betrekking tot de uitvoering van enige bestuursorganisatorische maatregelen op grond van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, 1983.
- Gedeputeerde Staten van Utrecht, Bestuursorganisatorische maatregelen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, 1984.
- Gedeputeerde Staten van Zuid-Holland, Discussienota bestuursorganisatorische maatregelen in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, 1983.

- GROENEWEGEN, P.P. (red). Vestigingsbeleid voor huisartsen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1981.
- HARDERWIJK, E.D. Vestigingsverordening Lelystad vernietigd. Pharmaceutisch weekblad 116 (1981) 46, p. 1435-1436.
- HOOGERWERF, A. Het beleidsproces. In: A. Hoogerwerf (red.) Overheidsbeleid. Alphen aan de Rijn, Samsom, 1982.
- 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. 4, 1983; vergaderjaar 1983-1984, 17720, nr. 5, 1984; vergaderjaar 1983-1984, 17720, nr. 6, 1984; vergaderjaar 1985-1986, 17720, nrs. 10-11, 1985.
- MARTINI, C.V. De gemeentelijke vestigingsverordening. In: Groenewegen, P.P. (red). Vestigingsbeleid voor huisartsen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1981.
- MARTINI, C. en G. VAN NIMWEGEN. Gemeente-invloed op vestiging eerstelijns werkers, Lelystad: eerste van een lange reeks? De Eerstelijns 6 (1980) 1, p. 5-10.
- Ontwerp-besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen. Nederlandse Staatscourant (1983) 135 p.4-6.
- PETERS, L. Financiële problematiek van gezondheidscentra, Fase 1: Een onderzoek naar de omvang en oorzaken van financiële problemen van gezondheidscentra met hulpverleners in dienstverband. Studies naar samenwerking 3. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
- PETERS, L. Financiële problematiek van gezondheidscentra, Fase 2: Een onderzoek naar de financiële problematiek van gezondheidscentra met hulpverleners niet in dienstverband en een vergelijking van de financiële mogelijkheden van centra met en centra zonder hulpverleners in dienstverband. Studies naar Samenwerking 7. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.
- Project-voorstel: Het gemeentelijk beleid met betrekking tot de eerstelijns(gezondheids)zorg en de afstemming van werkgebieden in de eerstelijns(gezondheids)zorg. Utrecht, NIVEL, 1985.
- Provinciaal Bestuur van Drenthe, Bestuursorganisatorische maatregelen, Nota met betrekking tot de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in Drenthe, 1984.
- Provinciaal Bestuur van Noord-Holland, Nota bestuursorganisatorische maatregelen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Haarlem, 1984.
- Provincie Zeeland, provinciale griffie, Nota bestuursorganisatorische maatregelen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, 1984.

- Richtlijnen gebiedsindeling Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Nederlandse Staatscourant (1985)2 p.4+14.
- ROSCAM ABBING, E.W. Herstructurering en ombuigingen. In: Roscam Abbing, E.W. (red). Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland. Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- SALEMINK, G.W. Het wettelijk vestigingsbeleid en de positie van de huisartsen. Medisch contact 40 (1985) 51/52 p. 1577-1578.
- Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsdrukkerij, 1980.
- SCHRIJVER, M.F.T. Wat kan de plaatselijke overheid betekenen voor samenwerking in de eerste lijn? In: Ten Cate, R.S., J.P.A. van Dijk, M.A.M. van der Togt-de Ruijt, Hulperlenen in samenwerking. Alphen aan de Rijn, Samsom, 1982.
- SGBO, Afd. Sociaal Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Plangebieden in de gezondheidszorg. 's-Gravenhage, Uitgeverij van de VNG, 1983.
- Sociaal en Cultureel Planbureau, Kansen voor Welzijnsplanning. Rijswijk, 1984.
- S-1 projekt, De gemeentelijke overheid en de samenwerking binnen de elgz: een wederzijdse oriëntatie. Bunnik 1982.
- Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974.
- SWINKELS, M.A.A. Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening: de invloed van het beleid van de gemeente, van de plaatselijke huisartsenvereniging en de ziekenfondsen bij de totstandkoming van gezondheidscentra. Studies naar Samenwerking 2. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1981.
- VISSER, G.J., Eerste lijn in Rotterdam. Onderzoek naar knelpunten in de plaatselijke eerstelijns(gezondheids)zorg. Utrecht, NIVEL, 1985.
- WARMENHOVEN, N. Consumenten in de eerstelijns gezondheidszorg. In: Sluijs, E.M., J.P. Dopheide, J. van der Zee; Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Utrecht, NIVEL, 1985.
- WVG, Wet van 8 september 1982, houdende regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg (Wet voorzieningen gezondheidszorg). Staatsblad (1982)563.
- Welzijnsconvenant met grote steden. De Nederlandse Gemeente 37(1983)36, p. 528.
- Wetgeving welzijn, volksgezondheid en cultuur. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18111, nr. 1 (Nota wetgeving welzijn, volksgezondheid en cultuur), 1983.

## LITERATUUR SUGGESTIES

- Gereedschap voor ondernemende hulpverleners, over afstemming van doelpopulaties, verzorgingsgebieden, werkgebieden: een eerste proeve. S1-projekt, Bunnik, 1984.
- Informatie over de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 's-Gravenhage, 1982.
- Vestiging en praktijkomvang huisartsen. Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Groene reeks nr. 81, 's-Gravenhage, 1986.



## **Bijlage I: Interviewprotokol**

Interview protokol t.b.v. interviews onder gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden.

Project: Gemeentelijke Beleid

---

### **I. BESTUURLIJK DEEL**

#### **A. INTERGEMEENTELIJK SAMENWERKINGSVERBAND**

- neemt gemeente deel aan intergemeentelijk samenwerkingsverband.
- sinds wanneer; met welke gemeente; welke zijn de taken van het verband.
- heeft het verband ook een taak op het gebied van de el(g)z.
- inwonersaantal gemeente(n)/samenwerkingsverband.
- komt het gebied van het samenwerkingsverband overeen met het WGR/WVG gebied.
- valt het gebied van het samenwerkingsverband binnen de WZV regio-indeling.
- functioneren van het samenwerkingsverband; problemen; knelpunten.

#### **B. BESTUURSORGANISATORISCHE MAATREGELEN IN HET KADER VAN WVG**

- gebiedsindeling: in welke WVG-regio is de gemeente ingedeeld; problemen bij indeling; zijn deze naar tevredenheid opgelost.
- taakverdeling: welke taken m.b.t. de el(g)z worden toebedacht aan de gemeente c.q. samenwerkingsverband; problemen; oplossingen.
- advies/overlegstructuur: zijn er adviescommissies ingesteld; functioneren er overlegstructuren; wie nemen daaraan deel/provincie, andere gemeenten, financiers, veld, bevolking); welke voornemens heeft de gemeente in dezen.
- informatievoorziening: voorbereidingen voor de opbouw van informatienetwerk; zijn er gegevens verzameld; is er een regionaal coördinatiepunt; wordt er gewerkt met de handleiding Regionale gegevens overzichten.

#### **C. GEMEENTELIJKE BELEIDSNOTA'S**

- zijn er gemeentelijke nota's op het gebied van de el(g)z; typering (onderzoeks-, discussie-, beleidsnota); plannen in dezen.

- heeft de gemeente doelstellingen geformuleerd.
- heeft de gemeente onderzoek gedaan op het gebied van de el(g)z of onder de bevolking; typering onderzoek (spreiding voorzieningen, behoefte onderzoek, tevredenheidsonderzoek); plannen in dezen.

#### **D. AMBTELIJK APPARAAT/FINANCIERING**

- hoe groot is de mankracht op (inter-)gemeentelijk niveau t.b.v. de el(g)z; uitbreiding; problemen.
- hoe wordt het ambtelijk apparaat gefinancierd; hoe worden gemeentelijke activiteiten gefinancierd (algemene middelen, specifieke doeluitkeringen, WVG-plankostenvergoeding, subsidies); problemen.

### **II. INHOUDELIJK DEEL**

#### **E. HOUDING t.a.v. WVG/DOELSTELLINGEN**

- hoe is de houding van de gemeente t.o.v. de invoering van de WVG/WGM.
- wat zijn de belangrijkste doelstellingen m.b.t. de el(g)z.
- worden daarbij inhoudelijke randvoorwaarden gehanteerd (bijv. vrije artsenukeuze, overeenstemming met het veld).

#### **F. VESTIGINGSBELEID/ERKENNINGENBELEID**

- bestaan er plannen voor het voeren van een vestigingsbeleid; t.a.v. welke beroepsbeoefenaren; met behulp van welke instrumenten (WVG, Gemeentewet, Wet op de Ruimtelijke Ordening, vrijwillige regeling met hulpverleners); wil gemeente vergunningenstelsel hantieren; problemen.
- bestaan er plannen voor het voeren van een erkenningenbeleid; t.a.v. welke instellingen; problemen.

#### **G. AFSTEMMING WERKGEBIEDEN**

- is er onderzoek verricht naar de afstemming van werkgebieden.
- streeft de gemeente naar afstemming van werkgebieden; op welk ruimtelijk schaalniveau; wordt daarbij een wijk- of een praktijkgerichte benadering gevolgd; met welke instrumenten (vestigingsbeleid, patiëntenruil); in hoeverre zijn ze effectief; problemen.

## **H. SAMENWERKING**

-wordt de samenwerking binnen en/of tussen de verschillende disciplines door de gemeente gestimuleerd; welke vormen van samenwerking; met welke instrumenten (voorlichting, coördinatie, stimuleren van oprichting, startsubsidie, financiële ondersteuning); problemen.

## **I. GEBRUIKERSPARTICIPATIE**

-heeft de gemeente contact met bewoners/patiëntenorganisaties.  
-streeft de gemeente naar een actievere betrokkenheid van de bevolking/patiënten; hoe, wat zijn de plannen in dezen; problemen.

## **J. AFZONDERLIJKE BEROEPSGROEPEN/INSTELLINGEN**

-ontplooit de gemeente niet genoemde activiteiten eventueel t.a.v. specifieke beroepsgroepen/instellingen.

## **K. KNELPUNTEN**

-wat ziet de gemeente als grootste probleem bij het voeren van een beleid t.a.v. de el(g)z; in hoeverre zou de WVG dit ondervangen of vergroten (gelet op beleidsruimte, financiële mogelijkheden).

## **L. ACHTERGRONDEN**

-in hoeverre spelen de volgende factoren een stimulerende, dan wel een belemmerende rol t.a.v. de formulering van een gemeentelijk beleid voor de el(g)z: politieke samenstelling gemeenteraad (partij wethouder); bevolkingssamenstelling (veel bejaarden, minderheden); veld (met name de kerndisciplines); ligging (platteland, stad); bevolkingsomvang (groot/klein); ziekenfondsen; verhouding met rijksoverheid (onduidelijkheid richtlijnen/wetgeving); aanwezigheid/stichting gezondheidscentrum; bewoners/patiënten organisaties; intergemeentelijk samenwerkingsverband; plankostenvergoeding (eventueel andere door gemeente te noemen).

## **Bijlage II: Geautoriseerde interviewverslagen**

**N.B.** De gemeente Haarlem heeft geen toestemming gegeven voor het integraal openen van het interviewverslag.

De in de tekst van het rapport gemaakte opmerkingen over Haarlem zijn wel naderhand door de gemeente geverifiëerd.

Geïnterviewde: dhr. A. van Elzaker (beleidsmedewerker/onderzoeker)  
Organisatie: Bureau WVG subregio Midden-Kennemerland  
Datum: 4 november 1985

#### A. Intergemeentelijk samenwerkingsverband

Het intergemeentelijk samenwerkingsverband Midden Kennemerland bestaat uit Velsen (de grootste gemeente met 60.000 inwoners), Beverwijk, Castricum, Heemskerk en Uitgeest (de kleinste met 10.000 inwoners).

Samen met sub-regio Zuid-Kennemerland en de gemeente Haarlemmermeer vormt Midden Kennemerland een gezondheidsregio ex WZV (grootste plaats is Haarlem). Genoemde vijf gemeenten hebben verschillende gemeenschappelijke regelingen met elkaar en niet (of nauwelijks) met gemeenten buiten de sub-regio. De vijf hebben ook een DGD.

Velsen is binnen het samenwerkingsverband lichtelijk dominant. Deze gemeenten doet meer zelf en komt daardoor minder met vragen bij het bureau WVG. Het probleem van de dominantie van de hoofdkern speelt veel sterkere in Zuid-Kennemerland waar de verschillen veel groter zijn (Haarlem - 100.000 inwoners tegen kleinste gemeente 5.000 inwoners). Haarlem wilde minder per inwoner aan het samenwerkingsverband betalen met als argument dat zij meer taken zelf uitoefenen.

#### B. BOM

- Gebiedsindeling: weinig problemen, viel samen met bestaande functionele verbanden.
- Taakverdeling: was vastgelegd in BOM. De ontwikkelingen achterhalen de vaststelling, m.n. bij de RIAGG's die voor rekening zijn van de sub-regio, maar waar de provincie ook invloed op wil en bij de bejaardenoorden, waar de situatie precies andersom is.
- De in de WVG genoemde overlegstructuren draaien voor de sub-regio en de regio.
- Commissie informatievoorziening functioneert die zich met de informatieverzameling bezighoudt. Doelstelling is oprichting van een regionaal gegevenskantoor.

#### C. Beleidsnota's

Het WVG bureau heeft een beleidsuitgangspuntennota opgesteld. Deze is in het bestuurlijk circuit. Het is vooral een literatuurstudie

van landelijke nota's. Duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen de voorzieningen (aanbodkant) en de bevolking of bevolkingsgroepen (vraagkant). Er zijn 25 uitgangspunten geformuleerd voor het merendeel afkomstig uit de bekende nota's van de Rijksoverheid.

Specifiek gemeentelijke nota's zijn geschreven door Velsen en Beverwijk over ouderen-problematiek en verslaafden-zorg. In deze beide (stedelijke) gemeenten spelen de problemen van vergrijzing en drugsverslaving sterk.

Het verschijnen van meer nota's is afhankelijk van verdere uitkomsten van de invoering van de WVG.

Onderzoekprojecten die op dit moment lopen of zijn afgerond:

- project ouderenzorg, dit is het grootste project met verschillende deelonderzoeken;
- financiële gevolgen van indicatiestellingen door voorzieningen in de 2e lijn voor de voorzieningen in de eerste lijn;
- project patiëntenstromen;
- project bouwinitiatieven (vervolg op het afgesloten inventarisatieonderzoek in de 1e lijn).

#### D. Ambtelijk apparaat/Financiering

Twee bronnen:

- Algemene middelen;
- Bijdrage voor de invoering van de WVG; 2/3 hiervan naar het WVG-bureau en 1/3 naar de gemeenten.

WVG-bureau: 3 medewerkers.

Gem. Velsen 2 à 3 medewerkers.

Gem. Uitgeest 0,3 medewerkers.

Overige gemeenten zitten daartussen in. Inzet was totaal afhankelijk van de gemeentegrootte.

#### E. Houding t.a.v. de WVG

Het gehele gebied Kennemerland (met Noord-, Midden- en Zuid-Kennemerland als subregio's) heeft de status van integraal invoeringsgebied op grond van het experimenteer artikel 41. Ten behoeve hiervan is een stuurgroep ingesteld, die adviezen opstelt voor de betrokken overheden.

#### F. Vestigingsbeleid

Men is van plan een vestigingsbeleid te gaan voeren, maar men heeft

nog niet voor ogen hoe de planning er uit gaat zien.  
Patiëntenstromenonderzoek speelt een belangrijke rol bij de voorbereiding hiervan (zie ook afstemming werkgebiedend).

#### G. Afstemming werkgebieden

Vanuit gemeenten twee "motieven" om meer af te stemmen:

- voorkomen van grensoverschrijdend patiëntenverkeer, wat ook betekent dat de bestemmingsregio meer geld krijgt.
- taakverdeling tussen gemeente en subregio; men streeft ernaar instellingen door de subregio te laten plannen en de beroepsbeoefenaren door de gemeente. Dit laatste kan alleen wanneer er niet te veel gemeentegrensoverschrijdende patiëntenstromen zijn.

Verder vond men samenwerking/afstemming in functionele zin meer een zaak van het particuliere initiatief. Initiatieven in deze zin worden wel door de gemeenten ondersteund. (bijvoorbeeld in Beverwijk).

#### H. Samenwerking

Initiatieven voor samenwerking moeten uit het veld komen.  
Gemeentes ondersteunen wel initiatieven.

#### I. Gebruikersparticipatie

Er is een overkoepelende patiëntenorganisatie op subregionaal niveau, die gesubsidieerd wordt (fl. 100.000,--) door de gemeenten uit de WVG-pot.

Initiërende rol hierbij is voor de patiënten zelf en niet bij de Gemeenten of het samenwerkingsverband.

#### K. Knelpunten

Invoering van de WVG: wanneer en hoe?

Hoe zal de financiële kaderstelling eruit zien en wat is de beleidsruimte voor de gemeenten.

#### L. Achtergronden

- Politieke samenstelling speelt een rol, maar die is niet overdreven groot. Er is overeenstemming over het doel, nl. het voeren van een decentraal beleid.

- Bevolkingssamenstelling: Dit heeft geleid tot aparte nota's (ver-

slaafden, bejaarden).

- Veld: Met georganiseerde instellingen is veel contact (en goed) met de beroepsbeoefenaren is veel minder contact (geringe organisatiegraad).
- Stad/platteland: In de stad zijn de problemen urgenter (vergrijzing, verslaafden, etnische minderheden); wellicht wordt hierdoor eerder een beleid geformuleerd.
- De verhouding met de ziekenfondsen was vrij goed, maar ook afwachtend t.a.v. de nieuwe wetgeving.
- De communicatie met de rijksoverheid is goed (vooral dankzij proefgebied-status).  
Uitblijven van werkelijke decentralisatie vormde wel een knelpunt.
- Er is geen gezondheidscentrum in het gebied. Velsen wil er een. Een stimulans of belemmering voor beleid vormde dit echter niet.



Geïnterviewde: mevr. M. Swinkels (beleidsmedewerker WVG)  
Organisatie: gemeente Gouda  
Datum: 6 november 1985

#### A. Intergemeentelijk samenwerkingsverband

Gouda maakt deel uit van het intergemeentelijk samenwerkingsorgaan Midden-Holland. Veertien Gemeenten maken hier deel van uit, waarvan Gouda de grootste is met ongeveer 60.000 inwoners. Het functioneert al sinds 1972. Het orgaan omvat meer dan alleen gezondheidszorg, bijv. afdeling regionaal milieubureau, onderwijs, kortom alle activiteiten waarvoor de afzonderlijke gemeenten te klein zijn. Het valt ongeveer samen met de WVG-regio al zijn bij de afgrenzing hiervan enkele twijfelgevallen (Woerden, Bleiswijk). Het orgaan op zich is een gemeenschappelijke regeling en binnen het orgaan functioneren weer allerlei andere gemeenschappelijke regelingen. Het past als zodanig in het WGR voorgestane streven naar bundeling van gemeenschappelijke regelingen. T.a.v. de gezondheidszorg functioneert binnen het samenwerkingsorgaan de regionale commissie gezondheidszorg (het secretariaat daarvan). Dit is het platform waarbinnen de overheid enerzijds en de instellingen anderzijds zitting hebben. De cie. heeft een coördinerende taak. Daarnaast fungeert dezelfde commissie als districtscommissie van de PRV. (halverwege verandert de vergadering van signatuur). Deze cie. heeft vooral een adviserende taak. Het gebied van het samenwerkingsorgaan overlapt grotendeels met de betreffende WZV-regio.

#### B. BOM

- Na het verschijnen van de BOM-nota van Zuid-Holland is men alleen nader ingegaan op de gebiedsindeling; taakverdeling en overlegstructuur zijn nog niet nader uitgewerkt. Midden-Holland heeft in z'n totaliteit op deze nota gereageerd, dus inclusief Gouda. Er is hierin geadviseerd om Midden-Holland, WGR en daarmee ook WVG regio te laten worden. Samengaan met andere regio's was niet im frage omdat de regio groot genoeg was.
- Over de taaktoedeling is nog niets bekend. De griffie neemt hierin een afwachtende houding aan: zoals trouwens überhaupt t.a.v. de WVG. De regionale cie. gezondheidszorg wordt een cie. ex WVG art. 23 voor de gehele regio. Enige aanpassing moet plaatsvinden in de zin dat de maatschappelijke dienstverlening moet worden opgenomen

en een vertegenwoordiger van het patiëntenplatform. Dit vindt binnenkort plaats. Binnen de gemeente zijn verder nog geen commissies als bedoeld in WVG.

### C. Beleidsnota's

Met name in het kader van de proefgemeentestatus voor de KSW zijn een aantal nota's verschenen. Hierin is een planprocedure ontworpen, die mogelijk ook voor de WVG gebruikt gaat worden. Verder staat er af en toe iets over gezondheidszorg in. Er is een meerjarenplan Specifiek Welzijn 1983-1986, een bijstelling van dat plan in 1985 en er zijn een aantal uitgangspunten voor het welzijnsbeleid geformuleerd. Onderzoek is verricht door Mariëtte Swinkels (toen zij nog bij het samenwerkingsorgaan werkte). Een inventarisatie is gemaakt van alle voorzieningen in de hele regio (bgz, eerste lijn, tweede lijn, patiëntenverenigingen, overheden). Het heet "medisch-sociale gids voor Midden-Holland". Opgenomen zijn adressen, globale omschrijving van de activiteiten van de voorzieningen e.d. Vanuit het samenwerkingsorgaan is de formulering van concept-uitgangspunten voor de planning in het kader van WVG/WGM in voorbereiding. Mariëtte Swinkels werkt hier aan mee, maar het orgaan neemt het voortouw. Samenwerking wordt bemoeilijkt door bestuurlijke terughoudendheid. Het is bijvoorbeeld wel de bedoeling dat Gouda een eigen plan gaat maken. Voor zaken als formulering van de uitgangspunten is samenwerking handiger i.p.v. alles nog eens over te doen.

### D. Ambtelijk apparaat/Financiëring

Bemanning: Binnen Gouda is één ambtenaar (voor 30 uur per week) voor de hele Volksgezondheid werkzaam, die tevens de WVG-planning ter hand moet nemen. Bij het samenwerkingsorgaan zitten voor gezondheidszorg drie mensen, waarvan één full-time werkzaam is voor de WVG, ondersteund door één van de andere medewerkers gezondheidszorg. De gemeente geeft wat subsidie aan patiëntenvereniging. Dankzij de KSW krijgt de gemeente een brede doeluitkering waarin zij kan schuiven. Hierdoor loopt bijv. ook de financiële ondersteuning voor het gezondheidscentrum (die normaal door de Rijksoverheid middels de 'voorlopige stimuleringsregeling' uitgeoefend wordt) via de gemeente. Momenteel onderzoekt het Ministerie of in de proefgemeenten KSW de WVG niet alvast sectoraal en gefaseerd ingevoerd kan worden. In de regio vindt regelmatig een portefeuillehouders-overleg over gezondheidszorg plaats met de wethouders van de gemeenten van het

samenwerkingsverband.

#### E. Houding t.a.v. de WVG/Doelstellingen

De houding t.a.v. de WVG is in de gemeente eerder afwachtend dan positief zeker nadat de gemeente na de aanstelling van Mariëtte Swinkels een brief kreeg waarin werd meegedeeld dat men slechts 60% van het aanvankelijk toegezegde geld krijgt. Daarnaast komen ze met de opdracht begin maar met het regionaal overleg en het maken van regionale financiële kaders. Dus: meer werk en minder geld. Bij het samenwerkingsorgaan heeft dit ertoe geleid dat een ambtenaar minder is aangesteld dan aanvankelijk de bedoeling was.

Doelstellingen zijn er nog niet, er zijn wel uitgangspunten voor de planning. Dit is nog niet openbaar. Er staat o.a. in wie de plannen voorbereidt en wie ze uiteindelijk vaststellen hoe de afstemming verloopt tussen wat Gouda doet en wat de rest doet, taakverdeling, overheden geschillen regeling, adviesstructuur, vestigingsbeleid. De nota wordt eerst ambtelijk besproken dan in het portefeuillehouders-overleg en dan door de afzonderlijke gemeenten vastgesteld.

#### F. Vestigingsbeleid

Gemeente wil wel een vestigingsbeleid gaan voeren met name bij de bouw van een nieuwe wijk. Men is echter bang dat de bevoegdheden die men krijgt te weinig zullen zijn doordat het veld te veel invloed krijgt. T.a.v. de fysiotherapeuten voeren de ziekenfondsen een beleid.

#### G. Afstemming werkgebieden

Dit speelt alleen in de nieuw te bouwen wijken. In het reeds bestaande gezondheidscentrum heeft het Kruiswerk de samenwerking opgezegd met huisartsen omdat men niet tot overeenstemming kwam over de gezamenlijke patiëntenbestanden.

In de nieuwe wijk zullen de daar gevestigde Gouwenaren hun huisarts elders wellicht willen behouden. Hoe men dit kan voorkomen weet men niet.

#### H. Samenwerking

In een te bouwen nieuwbouwwijk (gereed 1996, 13.000 inwoners) is een gezondheidscentrum gepland. Ter voorbereiding hiervan is een verga-

dering met het veld belegd door de gemeente (patiënt was er ook bij betrokken). Hierin is afgesproken dat per discipline de ideeën en wensen op een rijtje zouden worden gezet. Daarna zou tot een bundeling daarvan moeten worden gekomen. Hierbij is vroegtijdig overleg noodzakelijk omdat, indien men een andere vorm wil dan één gezondheidscentrum (bijv. twee kleinere centra), men dit tevoren moet aankaarten aangezien alles volledig vastligt in het bestemmingsplan. Bestuurlijk vindt men dat er een gezondheidscentrum moet komen (PvdA wethouder). Tevens zou men graag zien dat de medewerkers in loondienst komen van de werkgever. Binnen het bestaande gezondheidscentrum vindt geen gestructureerde samenwerking meer plaats tussen wijkverpleging en huisartsen. De andere huisartsen in de stad zijn vrij solistisch bezig. Hometeams en dergelijke zijn er niet. Zij ziet hometeams wel als een optie (eventueel als gezondheidscentrum niet lukt) voor de nieuwbouwwijk.

#### I. Gebruikersparticipatie

De gemeente heeft een tijd het patiëntenplatform gesubsidieerd. Dit is het laatste jaar door de provincie en het intergemeentelijk samenwerkingsorgaan Midden-Holland gebeurd. Er is een half-time beroepskracht (WVM-kraacht) aangesteld (die ook gedeeltelijk door het samenwerkingsorgaan wordt betaald). De gemeente heeft besloten dit jaar niet te subsidiëren, aangezien ze in feite reeds via Midden-Holland subsidieert. Men bekijkt nu in hoeverre de plaats van de beroepskracht gehandhaafd kan blijven. De gemeente wil hier wel wat toe bijdragen, maar niet alles omdat ze beperkte financiële mogelijkheden heeft.

#### J. Afzonderlijke Beroepsgroepen/instellingen

Op het gebied van de Maatschappelijke Dienstverlening is wel het een en ander aan de gang. De gemeente betaalt een maatschappelijk werker, die werkzaam is in het ziekenhuis. Men probeert nu het ziekenhuis zo ver te krijgen dat die ook hieraan meebetaalt, omdat deze maatschappelijk werkende niet alleen de overgang van ziekenhuis naar huis regelt maar ook van ziekenhuis naar verpleeghuis. Activiteiten op dit gebied hebben voornamelijk met geldstromen te maken.

#### K. Knelpunten

Grootste probleem t.a.v. de eerstelijnsplanning is de onduidelijk-

heid omtrent de invoering van de WVG bijv. de vraag wie gaat plannen en wie krijgt welke bevoegdheden, hoe gaat de financiëring verlopen? In een regionaal overleg waar iedereen in zit? Er komen stapels papier en twee weken later is er weer een ander geluid.

#### L. Achtergronden

- Bevolkingssamenstelling: Men is bezig met het opzetten van ouderenbeleid en de alcohol- en drugsverslaving. Ook t.a.v. de minderheden is er enige activiteit.
- Met het veld van de gezondheidszorg is nog nauwelijks contact geweest, dus van stimulering of belemmering is nauwelijks sprake. Hetzelfde geldt voor de ziekenfondsen.
- Contacten met de landelijke overheid lopen vooral via de coördinator Specifiek Welzijn. Richtlijnen van de WVG of kwaliteitseisen zijn er nog niet. Zaken als uitgangspunten en inventarisaties hebben altijd nut. Verder gaat men meestal niet omdat men niets weet.

Geïnterviewden: mevr. Sax en dhr. Stoffels (respectievelijk hoofd afdeling gezondheidszorg, beleidsmedewerker welzijn/algemene zaken).  
Organisatie: intergemeentelijk samenwerkingsorgaan Midden-Holland.  
Datum: 8 november 1985.

#### A. Intergemeentelijk samenwerkingsorgaan

Het intergemeentelijk samenwerkingsorgaan Midden-Holland bestaat uit één kerngemeente nl. Gouda 60.000 inwoners, de gemeenten Woerden, 20.000 inwoners (zal als gevolg van provinciewijziging tot prov. Utrecht gaan behoren), Waddinxveen 20.000 inwoners, Bodegraven en Boskoop met ruim 10.000 inwoners, en verder 13 kleinere gemeenten van 10.000 of minder inwoners.

Het samenwerkingsverband is niet in het kader van de WVG tot stand gekomen. Het bestaat al 15 jaar en heeft taken van uiteenlopende aard: milieubureau, regionaal overleg voor economische zaken welzijn, partiële leerplicht. Ook zijn diverse secretariaten bij het samenwerkingsorgaan ondergebracht, zoals bijvoorbeeld dat van de regionale brandweer. Ook zullen gemeentelijke taken ex WVG op het niveau van het samenwerkingsverband gestalte krijgen. Provincie Zuid-Holland wil (concept) in het kader van de WGR dat men in het gebied Midden-Holland tot een bundeling van gemeenschappelijke regelingen komt. De WGR-regio valt samen met het werkgebied van het samenwerkingsorgaan, met uitzondering van Woerden, Bleiswijk en Benthuizen. Deze drie gemeenten liggen op de grensgebieden. Midden-Holland valt eveneens met uitzondering van deze drie gemeenten, samen met de regio-indeling WZV. Het samenwerkingsverband functioneert in het algemeen vrij harmonieus. Dit neemt niet weg dat er spanningen zijn tussen de Centrumgemeente Gouda (met een concentratie van zieken- en verpleeghuizen) en de kleinere gemeenten. Spanningen hebben betrekking op financiën en taakverdeling.

#### B. BOM

- Gebiedsindeling: geen grote problemen, heeft echter wel gevolgen voor de drie grensgebied gemeenten:
- Woerden gaat ermee akkoord dat het niet tot Midden-Holland behoort, mits het dan naar Utrecht gaat;
  - Bleiswijk idem, mits het kan aansluiten bij Pijnacker en Nootdorp;
  - Benthuizen wil echter wel liever bij Midden-Holland blijven, ook wat gezondheidszorg pakket betreft.

- Taakverdeling: Iedere gemeente heeft zijn eigen lokale beleid, planvoorbereiding is aan Midden-Holland opgedragen. Midden-Holland wil naar eerste lijn ook verslaafdenzorg en aggz.
- Overlegstructuur: Regionale commissie gezondheidszorg (sinds 1978) met vertegenwoordigers van algemeen bestuur Midden-Holland, veld, financiërs, in 1984 benoemd tot adviescommissie ex. art. 23 WVG.
- Informatievoorziening: Nog niets opgestart of in voorbereiding (door niemand).

#### C. Beleidsnota's

Midden-Holland heeft geen nota's op het gebied van de eerstelijns opgesteld, omdat gemeenten daartoe geen opdracht hebben gegeven. Taak van het samenwerkingsorgaan beperkt zich tot het ondersteunen van gemeenten en het stroomlijnen van initiatieven. De gemeenten hebben wel belangstelling voor een ouderenbeleid en maatschappelijke dienstverlening, dit heeft echter (nog) niet geleid tot nota's. Wat betreft onderzoek, onderneemt Midden-Holland een aantal activiteiten:

- uitzuiveren van overlap in de werkgebieden van de Stichtingen maatschappelijke dienstverlening (proces van lange adem);
- inventarisatie van voorzieningen in de afzonderlijke gemeenten, alsmede van het beleid van de gemeenten; dit omdat de planvoorbereiding WVG door de Gemeenten aan Midden-Holland is opgedragen;
- medisch sociale gids uitgebracht in 1984, als voorbereiding op de WVG;
- formulering van uitgangspunten voor planning (in concept naar gemeenten ter goedkeuring gestuurd), daarna koppeling met inventarisatie;
- satisfactie onderzoek (gepland);
- uiteindelijk doel: voor iedere gemeente een knelpunten-nota opstellen voor de eerstelijnsgezondheidszorg (wanneer mogelijk ook voor maatschappelijke dienstverlening).

#### D. Ambtelijk apparaat/Financiëring

Binnen het samenwerkingsorgaan zijn er geen medewerkers die zich specifiek met de eerste lijn bezig houden. Aan de welzijnskant wordt 50% van een formatieplaats besteed aan ouderen, bejaardenoorden en maatschappelijke dienstverlening. Op de WVG-gelden is één functionaris voor 100% aangenomen, plus een administratiekracht voor 50%. Het

hoofd van de afdeling gezondheidszorg houdt zich, als projectleider, voor 40% met de WVG bezig.

Gemeente Gouda heeft zijn eigen planningsfunctionaris voor 80%, Woerden heeft een part-timer (50%). Boskoop heeft een eigen ambtenaar voor het lokale deel van de planning, die zich voor 10% van zijn taak met de WVG bezig houdt. (Lokale deel heeft betrekking op het beleid t.a.v. huisartsen, het kruiswerk en de maatschappelijke dienstverlening worden door Midden-Holland gedaan). Omdat heel veel voorzieningen in Gouda geconcentreerd zijn, vindt er afstemming plaats tussen Gouda en Midden-Holland. Gouda plant echter voor zichzelf en heeft ook geen bestuursovereenkomst met Midden-Holland afgesloten voor de WVG-planning, idem Woerden, idem Bleiswijk. Financiering vindt uitsluitend plaats d.m.v. WVG-gelden. Wat de gemeenten aan financiële middelen krijgen, wordt volledig doorgesluisd naar het samenwerkingsverband. Met uitzondering van Gouda en Woerden (houden alles zelf), Boskoop houdt 1/3 zelf, 2/3 gaat naar Midden-Holland, Bleiswijk houdt ook alles zelf, Benthuizen betaalt wel, onder de voorwaarde dat het bij Midden-Holland blijft.

#### E. Houding t.a.v. de WVG/Doelstellingen

Midden-Holland zelf (althans het dagelijks bestuur) is gematigd enthousiast over de komst van de WVG. Heel veel gemeenten daarentegen zijn nogal sceptisch, weten niet wat ze er ermee aan moeten, vinden het allemaal maar onzin en huldigen het VNG-standpunt dat er afgewacht moet worden. Gemeente Gouda was proefgemeente in het kader van de KSW, daar is veel energie/mankracht in gestoken, ook door de andere gemeenten, waar niets voor is teruggekomen, aangezien de wet niet wordt ingevoerd. Dit beïnvloedt de houding van de gemeenten. Zij zien niet wat de voordelen van de WVG zijn voor de gemeenten zelf. Aangezien er geld tegenover staat willen ze wel meedoen, zij het afwachtend en terughoudend.

Gemeenten en Midden-Holland hebben zelf nog geen gespecificeerde doelstellingen. (Wel uitgangspunten in concept, zie ook onder B).

#### F. Vestigingsbeleid/Erkenningenbeleid.

Dit zijn geen taken van het samenwerkingsorgaan. Gemeenten zelf zullen zeker een vestigingsbeleid gaan voeren. Midden-Holland treedt in deze wel coördinerend op en vindt eigenlijk dat men meer met een vestigingsbeleid zou moeten kunnen doen. Naast regulering van praktijkgrootte en spreiding, bijv. ook bepaalde voorwaarden omtrent



overleg met andere disciplines en bijscholing. De AMvB, zoals die er nu ligt, laat dit echter niet toe. Gemeenten zelf zijn nog niet bewust bezig met een vestigingsbeleid, hebben zich ook nog niet uitgesproken voor bepaalde beroepsgroepen, dit komt waarschijnlijk door de beperktheid van de instrumenten praktijkgrootte en spreiding, die weinig ruimte geven aan gemeenten.

Hetzelfde verhaal gaat op voor het erkenningenbeleid. Dit wordt een taak voor de (samenwerkende) gemeenten, maar door het ontbreken van ervaring met dit soort planning is er nog praktisch niets gebeurd. Er is dan ook nog geen taakverdeling tussen gemeenten en samenwerkingsorgaan. Zowel de kleinere als ook de wat grotere gemeenten hebben nog nooit beleid hoeven te maken op gezondheidszorgterrein. Met de WVG worden ze nu geconfronteerd met zaken die ze opeens allemaal moeten doen. In eerste instantie zal het erkenningenbeleid ook geen wezenlijke gevolgen hebben: wat er aan instellingen is krijgt gewoon een erkenning.

#### H. Samenwerking

Gouda heeft 2 gezondheidscentra, in Waddinxveen is er één. Er zijn heel wat hometeams, van verschillende soorten: wel of niet in samenwerking met het RIAGG, Kruiswerk. Gemeenten hebben daar praktisch geen inbreng in. In sommige plaatsen wordt wel bijv. de politie betrokken in eerstelijnsbijeenkomsten. Dit gebeurt dan meer op initiatief van de ambtenaar die het organiseert dan op grond van een gemeentelijk beleid.

#### G. Afstemming werkgebieden

Afstemming binnen de eerstelijns wordt aan het particulier initiatief overgelaten. Maatschappelijke dienstverlening wordt vanuit het samenwerkingsorgaan, wat de afstemming betreft, gecoördineerd. De Kruisverenigingen hebben een behoorlijke regio-indeling (4 of 5 keurig afgebakende gebieden zonder overlap, tot stand gekomen zonder inbreng van gemeenten) Midden-Holland probeert beter zicht te krijgen op hoe de taakgebieden van instellingen liggen, hoe de afstemming is tussen de werkers onderling en tussen de eerste en tweede lijn, mede met het oog op de WVG. Dit meer op initiatief van het secretariaat van het samenwerkingsorgaan dan dat het van de gemeenten afzonderlijk komt.

## I. Gebruikersparticipatie

In Gouda functioneert een patiëntenplatform, vanuit een 6/7-tal patiëntenverenigingen tot stand gekomen. In 1984 heeft het platform van Midden-Holland subsidie gekregen om zich ook uit te breiden naar de regio en om een informatiecentrum op te zetten.

## J. Afzonderlijke beroepsgroepen/instellingen

Er is een regionale basisgezondheidsdienst (sinds 1 juli 1985) die door alle gemeenten gedragen wordt en tot stand is gekomen door de stimulerings-regeling basisgezondheidsdiensten (integratie van schoolartsen, logopedische diensten, GGD en ambulancevervoer).

## K. Knelpunten

T.a.v. de planning voor de eerste lijn wordt het Ministerie WVC als grootste probleem genoemd. Eerste lijn wil wel, mits ze goed benaderd worden, zien ook wel dat er overlap en witte vlakken in bepaalde gebieden zijn. Ministerie wacht te lang met de invoering en komt vooralsnog niet met richtlijnen. Gemeenten vrezen dat ze geen bevoegdheden krijgen, d.w.z. te weinig beleidsruimte overhouden. Wanneer dat inderdaad zo zal zijn, zullen de gemeenten niet meedoen en zeggen: zie zelf maar hoe je de planning rond krijgt.

## L. Achtergronden

-Politieke samenstelling: Nauwelijks van invloed, er zijn echter wel algemene tendenzen.

--liberale gemeenten pleiten voor vrijheid particulier initiatief.

--CDA-gemeente zal, vanuit haar christelijke visie aan gezondheidszorg willen doen.

Belangrijk is ook de persoonlijke interesse van de wethouder c.q. ambtenaar.

-Bevolkingssamenstelling: Niet direct van invloed op beleid, alleen via normen.

-Veld: Alhoewel het veld deelneemt aan de regionale commissie gezondheidszorg, kan gesteld worden dat de beroepsbeoefenaren niet echt geïnteresseerd zijn of eenvoudigweg niet op de hoogte zijn, aangezien de wetgeving nog zo onduidelijk is. Beroepsbeoefenaren zijn niet alleen voornamelijk solistisch bezig, ze leggen ook de prioriteit op de inhoud van hun werk. Pas als het beleid aan hun

- belangen komt zullen ze wat dit betreft hun houding wel veranderen.
- Ligging/omvang van de gemeente: Speelt ook geen wezenlijke rol, gezondheidszorg komt met name voort uit het particulier initiatief.
  - Ziekenfondsen: Neemt deel aan regionale commissie net als KLOZ, contacten zijn goed.
  - Verhouding met Rijksoverheid: Duidelijk belemmerende factor, ook wat de plankostenvergoeding betreft: geld wordt uitgekeerd zodra er voorwaarden zijn en taken liggen om uit te voeren. Overigens zijn deze gelden bevroren wat kwaad bloed heeft gezet. Ook al zijn de gemeenten het eens met het aan banden leggen van de gezondheidszorg, zonder beleidsruimte hebben ze geen belangstelling in planning. Er moet substitutie ruimte zijn en marges waarbinnen gewerkt kan worden.
  - Patiëntenorganisaties: Patiënten platform werkt pas een jaar of twee. Er kan nog niet gesproken worden van een invloed op het gemeentelijk beleid, ze zijn nog bezig met zichzelf te ontwikkelen.

Geïnterviewde: dhr. W. van Hest (stafffunctionaris/waarnemend directeur)

Organisatie: GGD, Helmond

Datum: 11 november 1985

#### A. Intergemeentelijk Samenwerkingsverband

De gemeente Helmond (63.000 inwoners) maakt deel uit van een intergemeentelijk samenwerkingsverband, nl. het Streekorgaan Gewest Helmond. Hieraan nemen 10 gemeenten deel, met in totaal 175.000 inwoners. Het gewest heeft zijn basis in een algemene gemeenschappelijke regeling en oefent uiteenlopende taken uit: ruimtelijke ordening, verkeer, woningbouw, milieu, gezondheidszorg (m.b.t. de WVG vrij recent). Wat de gezondheidszorg betreft heeft het streekorgaan een uitvoerende taak, namelijk de GGD (nu nog gemeentelijk in 1986 gewestelijk), en een beleidsvoorbereidende taak in het kader van de WVG/WGM.

De intergemeentelijke samenwerking verloopt, wat de beleidsvoorbereiding m.b.t. de WVG betreft en dus ook voor het eerstelijnsgebeuren harmonieus. Deze samenwerking is als volgt gestructureerd:

-3 maandelijks overleg van de portefeuillehouders gezondheidszorg (wethouder of burgemeester);

-2 maandelijks overleg tussen ambtenaren gezondheidszorg.

Beide overleggroepen bestaan een jaar of 5, alle gemeenten nemen er aan deel. Het ambtenarenoverleg evenals het portefeuillehoudersoverleg wordt ondersteund door het Gewest. De ambtenaren-overleggroep heeft in haar beginfase vertegenwoordigers uit het veld en ziekenfonds uitgenodigd om beter zicht te krijgen op de gezondheidszorg. Het Gewest heeft bij het in leven roepen van de overleggroepen een belangrijke initiërende stem gehad en werd daarbij ondersteund door het overlegorgaan gezondheidszorg (zie onder B. adviesstructuur).

#### B. BOM

-Gebiedsindeling: Het gewest Helmond vormt samen met het gebied van de agglomeratie Eindhoven en het gewest Kempenland de WZV-regio Zuid-Oost Brabant. Sinds ± 1978 ligt er een uitspraak van het provinciebestuur waarin de WZV-regio opgesplitst wordt in twee subregio's. Eindhoven/Kempenland (integraal invoeringsgebied) en het gebied van het gewest Helmond. In het gewest Helmond is de gebiedsindeling al twee jaar rond.

Binnen het gewest is een indeling in sub-sub-regio's tot stand gekomen en wel zodanig dat deze samenvallen met de basiseenheden van het Kruiswerk.

-Taakverdeling: Deze is ook klaar. Gemeenten beginnen met de eerstelijns en basisgezondheidszorg, wat daar nog bijkomt is een zorg voor later. Wat de bestuursverdeling betreft ligt nu in concept gereed de bestuursovereenkomsten tussen de gemeenten van de sub-sub-regio's waarin 2-3 gemeenten overeenkomen om de eerstelijns te plannen en tussen de 10 -gemeenten, te weten het gewest, waarin de gemeenten overeenkomen de 'basisgezondheidszorg' RIAGG's en psychiatrie en verpleeghuizen (voorzover deze te zijner tijd uit de WZV gaan) te doen.

-Adviesstructuur: Voor het Gewest functioneert sinds een jaar of 6 het Overlegorgaan Gezondheidszorg met als participanten: de basisgezondheidszorg, eerste lijn, tweede lijn, gemeentebesturen, provinciale raad, ziekenfonds en patiëntenorganisaties. Voor de sub-sub-regionale overleg-structuur is er nog discussie: ofwel geen aparte structuur instellen en advisering overlaten aan het overlegorgaan, dat al veel ervaring heeft opgedaan, of wèl instellen waardoor de gemeente voeling houdt met zijn eigen eerste lijn.

-Informatievoorziening: Er zijn regionale gegevens overzichten gemaakt voor 1980 en 1981 door het Overlegorgaan, samengesteld aan de hand van jaarverslagen LISZ- en SMR gegevens. Dit was een project in het kader van de "Regionale Gegevensoverzichten Gezondheidszorg". Het gewest is relatief klein, wat een gering aantal potentiële ruziemakers betekent (3 verpleeghuizen maar wèl in één stichting, 2 ziekenhuizen die gaan fuseren per 1 januari 1986, één psychiatrische instelling, één zwakzinnigen inrichting, één RIAGG, in 1986 één GGD) bij het aanpassen van de gewestelijke situatie aan het normenstelsel. Het is relatief gemakkelijk om een samenhangend stelsel van voorzieningen te realiseren.

### C. Beleidsnota's

Helmond heeft een aantal gemeentelijke nota's op het gebied van de eerstelijns geproduceerd. Omdat het voor de GGD duidelijk was dat de eerstelijns een taak voor de gemeenten zou worden is op initiatief van en o.a. door de GGD, die in de gemeente het gezondheidszorgbeleid voorbereidt, een eerstelijns-onderzoek gedaan. Het onderzoek was inventariserend van aard en kende een tweetal ingangen:

-1. Aan de dienstverleningskant zijn diepte-interviews bij de kern-disciplines afgenomen (toen nog zonder gezinszorg), de overige dis-

ciplines zijn met vragenlijsten benaderd;

-2. De vraagkant is benaderd d.m.v. een bevolkingsenquête (representatieve steekproef uit de Helmondse bevolking, respons uiteindelijk 80% van 1000 geënquêteerden).

De aanbod en vraagkant zijn tegen elkaar afgezet. Verder is er literatuuronderzoek verricht naar ontwikkelingen in de eerste lijn. Dit alles is neergelegd in de nota's. Deze nota's zijn (nog) niet vastgesteld door het college van Burgemeester en Wethouders en ook niet behandeld in de raad. Wegens het uitblijven van de invoering van de WVG en het ontbreken van bevoegdheden. De GGD wil echter komen tot een herhaling van de gezondheidsenquête (liefst iedere 5 jaar). Niet alleen in verband met de WVG maar als taak van de GGD namelijk, inzicht krijgen in de gezondheidstoestand van de bevolking. Waarschijnlijk is deze wens ook politiek haalbaar aangezien er weinig geld mee gemoeid is.

#### D. Ambtelijk apparaat/Financiëring

De heer van Hest is voor 100% werkzaam bij de GGD die o.a. belast is met gezondheidszorgbeleid in Helmond, maar is voor 50% gedetacheerd naar het Gewest. Verder heeft het Gewest één part-timer voor 3 dagen per week (gefinancierd uit de WVG gelden). In het totaal komt dit dus neer op 1,1 ambtenaren. Afhankelijk van de omvang van de gemeenten, is er 0,1 ambtenaar voor een kleinere gemeente tot een halve ambtenaar voor Helmond.

#### E. Houding t.a.v. de WVG/Doelstellingen

Op ambtelijk niveau leeft het, bestuurlijk ligt het moeilijker, wat mede veroorzaakt wordt door een geringe omvang van de gemeenten: Kleine gemeenten hebben part-time wethouder met een veelheid van onderwerpen. In de nota zijn doelstellingen nader omschreven, maar deze is nog niet, zoals gesteld, politiek bekrachtigd.

#### F. Vestigingsbeleid/Erkenningenbeleid

Nu er een vestigingsbeleid op komt is wordt het politiek bekrachtigen van nota's en de daarin geformuleerde doelstellingen steeds meer noodzakelijk. Alleen wanneer wettelijk wordt bepaald dat gemeenten het vestigingsbeleid moeten uitvoeren wil Helmond dit doen, anders zeer zeker niet.

## G. Afstemming werkgebieden

In de nota wordt voorgesteld om afstemming te laten plaatsvinden in 3 wijken van 20.000 inwoners. Dit is voor de eerstelijns met name de huisartsen, volstrekt onbespreekbaar. Overigens hebben huisartsen wel beloofd om de spreiding van hun patiëntenbestand in kaart te brengen, dit is echter nog niet gebeurd.

## H. Samenwerking

Dit thema komt in de nota aan de orde. Als beleidslijn wordt gesteld dat samenwerking moet, er wordt echter niet gepleit voor gezondheidscentra, wel voor functionele samenwerking. Subsidie zal zeer zeker niet door de gemeente verstrekt worden, hoogstens een voorschot. (Helmond heeft een tweetal home-team-achtige samenwerkingsverbanden).

## I. Gebruikersparticipatie

De GGD stelt vergader faciliteiten beschikbaar aan een werkgroep die de patiënt vertegenwoordigt. Deze werkgroep wordt gedragen vanuit categorale patiënten vertegenwoordigers en is nog niet helemaal van algemene signatuur. Twee vertegenwoordigers zitten ook in het overlegorgaan.

## J. Afzonderlijke beroepsgroepen/instellingen

Er werden geen overige activiteiten van de gemeente genoemd. Wel werd opgemerkt dat de gemeente Helmond niets financiert of subsidieert binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

## K. Knelpunten

De gemeente Helmond ziet als grootste probleem het ontbreken van bevoegdheden om een beleid te voeren. Door de GGD en het Gewest is wel altijd gezegd dat die er komen maar politici (bestuurders) hechten daar weinig geloof aan. Bovendien heeft gezondheidszorg politiek gezien een lage prioriteit.

## L. Achtergronden

Met name de politieke samenstelling kwam ter sprake:

Een gemeentebestuur, dat politiek links zit, is misschien eerder geneigd om te zeggen dat er ook zonder formele wet, een ambtenaar moet zijn die overleg met het veld creëert om bijv. wat aan afstemming van werkgebieden te doen. Het CDA is in het algemeen geneigd om het particulier initiatief in heel belangrijke mate invloed te geven op beslissingen, die uiteindelijk door de gemeente worden genomen. Belangrijker is het om te stellen dat gezondheidszorg geen politiek item is. Men voelt geen behoefte (vooral onder kleinere gemeenten) om zich nadrukkelijk bezig te houden met gezondheidszorg.



Geïnterviewden: R. van Baren (deelgemeentesecretaris)  
E. Ros (beleidsmedewerker gezondheidszorg)  
Organisatie: deelgemeente Amsterdam-Osdorp  
Datum: 14 november 1985.

#### A. Intergemeentelijk samenwerkingsverband

In tegenstelling tot bij de andere geïnterviewden is in het geval van Osdorp geen sprake van intergemeentelijke samenwerking maar van het tegengestelde, namelijk binnen gemeentelijke decentralisatie. Voor Osdorp wordt daarom ingegaan op de totstandkoming van de deelgemeente en de verhouding tot de gemeente Amsterdam. Osdorp en Amsterdam-Noord zijn op dit moment de enige zelfstandig functionerende deelgemeenten. De komende jaren komen er steeds meer deelgemeenten bij en in 1992 moet de operatie zijn afgerond. Niet alleen het bestuur van de gemeente Amsterdam is gedecentraliseerd, maar ook het ambtelijk apparaat. Dit in tegenstelling tot Rotterdam, waar alleen het bestuur en enkele beleidsmedewerkers zijn gedecentraliseerd. Om niet te snel te geraken tot een 'point of no return' is gekozen voor een geleidelijke taakoverdracht. Op dit moment ligt er een voorstel van B&W voor verdergaande taakoverdracht (een 'optimaliseringsvoorstel'). Hierbij gaan voor wat betreft de gezondheidszorg de bevoegdheden uit de WVG met betrekking tot de EL(G)Z over, evenals een aantal taken van de GG en GD (4 à 5 formatieplaatsen). Zaken als vestigingsbeleid, vergunningen en erkenningstelsel komen mede voor rekening van de deelgemeenten. Wat verder wordt overgedragen is nog de vraag. Naarmate de decentralisatie verder gaat zullen de centrale diensten draagvlak verliezen, waardoor nieuwe optimaliseringsrondes nodig zijn. Mogelijk zou overigens de situatie kunnen optreden dat gemeenschappelijke regelingen noodzakelijk zijn tussen stadsdelen omdat zowel het centrale apparaat als de individuele stadsdelen te weinig draagvlak hebben om bepaalde taken uit te voeren. Osdorp is met 33.000 inwoners (waarvan 1000 in het landelijk gebied) een stadsdeel van gemiddelde omvang. In 1995 zal Osdorp ruim 50.000 inwoners tellen.

Voor de eerste lijn is het een probleem dat verschillende koepelorganisaties op stedelijk niveau opereren. De bestuursomvang is niet meer toegesneden op de omvang van de instellingen. In het verleden heeft men de zeven AMW-instellingen geregionaliseerd.

Die operatie was destijds vooral toegesneden op het aantal instellingen en het resultaat verschilt dan ook van de stadsdeelraadinde-

ling, hoewel de ergste tegenstrijdigheden er nu zijn uitgehaald. De verzorgingsgebieden van de geregionaliseerde stichtingen zijn veel groter dan die van de stadsdelen. Er zijn wèl speciaal op Osdorp gerichte wijkteams. De gezinszorg is op het moment bezig met regionalisatie. Ook hier wordt niet tot op het niveau van de stadsdeelraden geregionaliseerd. Voor Osdorp is dit een probleem, want zij krijgt per 1.1.88 bevoegdheden betreffende subsidiëring voor Osdorpse hulpverlening van een instelling die voor een veel groter gebied werkt. Een ander belangrijk probleem voor Osdorp is dat het Rijk Osdorp nog niet als overlegpartner erkent. Officieel heeft de deelgemeente de status van commissie ingesteld door de raad en het ambtenarenapparaat is tak van dienst. Men is dus formeel onderhorig aan de centrale stad. Overleg met het Rijk gaat altijd via de centrale stad. Alleen door een wijziging van de gemeentewet kan dit veranderen. De provincie erkent de deelgemeente overigens wel als overlegpartner.

## B. BOM

De gebiedsindeling en de taaktoedeling zijn buiten Osdorp omgegaan omdat dit werd vastgesteld voordat de taakoverdracht op deze terreinen had plaatsgevonden.

Gemeentelijke overlegstructuren worden één voor één opgeblazen. Alle clubs moeten zich gaan organiseren op het niveau van één of maximaal twee stadsdelen. Hiermee wordt de overlevingskans van bijvoorbeeld SOSEL (Stichting Ondersteuning Samenwerking Eerstelijn) onzeker. Werd SOSEL in het verleden deels door de gemeente gesubsidieerd, nu wordt men afhankelijk van de mate waarin er een beroep op wordt gedaan. Voor het ondersteuningswerk geldt dit minder dan bij het ontwikkelingswerk omdat opdrachten voor het eerstgenoemde meestal van samenwerkingsverbanden uit het veld afkomstig zijn. Voor het ontwikkelingswerk moet men nu meer contact zoeken met de stadsdeelraden. Hoe de financiëring van SOSEL zal worden geregeld is tot op dit moment nog de vraag. Er ligt een voorstel dat de gemeente, de provincie, WVC en de ZFR het gezamenlijk voor hun rekening nemen. Een medewerkster van SOSEL doet begeleidend werk in Osdorp ten behoeve van het wijkwelzijnsoverleg en een hometeam. Ook heeft zij geassisteerd bij het schrijven van een eerstelijnsnota door de deelgemeente. Er is nog steeds geregeld overleg. Binnen Osdorp is nog geen overleg als in de WVG bedoeld. Onlangs is op initiatief van de SDR een stuurgroep voor de maatschappelijke dienstverlening ingesteld met sekretariaatsondersteuning door de deelgemeente. Deze stuurgroep is een overleg van bestuurders/directies en er zijn twee groepen ge-

start waarin de werkers met elkaar overleggen met de opdracht te denken over projecten, die ze gezamenlijk zouden kunnen opzetten. Om te voorkomen dat de werkers te ver gaan met plannen maken en men dan achteraf wordt teruggefloten door besturen of directies schermt de deelgemeente de groepen wat af. Ze hebben wel een zeker mandaat gekregen van de instellingen om binnen bepaalde grenzen ongestoord hun gang te kunnen gaan.

De huisartsen zijn nog niet benaderd om aan deze clubs deel te nemen. Men wil de clubs geleidelijk aan uitbreiden afhankelijk van de taken die men successievelijk op zich neemt. Op een gegeven moment kan de huisarts daaraan worden toegevoegd. Deze strategie heeft de voorkeur boven direct met een grote stuurgroep te beginnen met verschillende geleidingen met elk hun eigen achtergrond. De huisarts, die dan al snel als spil van het gebeuren wordt aangemerkt, gaat dan heel erg domineren. Er is bijvoorbeeld geen wijkverpleegkundige die ellende met de huisarts wil. Zodra er voldoende draagvlak is georganiseerd buiten de huisartsen om, zodat deze op weerwoord kunnen rekenen, zullen zij in het overleg worden betrokken.

Een rol hierbij speelt ook dat men vindt dat men niet al te progressieve huisartsen heeft en dat het gezondheidscentrum geïsoleerd functioneert, hoewel dat mogelijk door nieuwe instroom verandert. Bovendien is er geen ziekenhuis speciaal op Osdorp gericht, zodat de relatie tussen, de eerste en de tweede lijn niet binnen het blikveld valt. Dit is een problematiek, die altijd zeer de interesse heeft van de huisarts.

Probleem bij de informatievoorziening is dat de bestaande inventarisatie(s)/registraties niet op elkaar zijn afgestemd. De deelgemeente heeft behoefte aan meer gegevens over gebruik van voorzieningen. Echt onderbouwde signalering kan met de bestaande wijzen van registratie en de verwerking daarvan niet. Voor een goed registratiesysteem is het vertrouwen van de werkers nodig, dat er niet met de gegevens in de hand wordt bezuinigd. Het besef moet er zijn dat de deelgemeente informatie nodig heeft om een beleid te kunnen voeren en als dat op het niveau van Osdorp gebeurt zij er zelf baat bij kunnen hebben.

Krijg je de informatie niet dan is een wet nodig, die de instellingen dwingt de benodigde informatie af te geven. Men hoopt dat de WVG hiertoe de mogelijkheden geeft. Nu blijkt, zelfs bij het gezondheidscentrum, dat moeilijk wordt gedaan bij het afgeven van informatie. Deze terughoudendheid heeft vooral te maken met de bescherming van bedrijfsgegevens.

Probleem ook is dat een particulier gevestigde huisarts op een ande-

re wijze zijn praktijkomvang ziet berekend dan bij een gezondheidscentrum. Bij de laatste onderscheidt men de namen en het aantal rekenpatiënten. Het aantal rekenpatiënten wordt mede bepaald aan de hand van het aantal verrichtingen onder particuliere patiënten. Dan komt er een veel lager aantal uit dan het aantal namen. De ziekenfondsen helpen de stadsdelen ook niet aan gegevens. Zij praten niet met stadsdeel Osdorp.

#### C. Beleidsnota's

Er is een inventarisatie geweest. Specifieke knelpunten in de zin van capaciteitsproblemen zijn daarbij niet gesignaleerd. Verder is er een nota eerste lijn, 'Lijn in de zorg' geheten. Hierin heeft men onder meer een werkeenheid maatschappelijke dienstverlening en thuiszorg voorgesteld, die onder het kopje samenwerking nader zal worden besproken.

#### D. Ambtelijk apparaat/financiëring.

Osdorp heeft tijdelijk een extra beleidsmedewerker voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

#### E. Houding t.a.v. de WVG/Doelstellingen

Osdorp staat positief ten opzichte van overheidsbemoeienis in de eerste lijn en ziet de WVG daarbij als een mogelijk instrument. De deelgemeente wil zelf een actief beleid voeren en niet alleen reageren op ontwikkelingen in het veld. Bij het opzetten van samenwerkingsverbanden kiest men echter voor het particulier initiatief. Een welzijnsinstelling wordt dus een aparte stichting. Men wil niemand in dienst nemen omdat men de financiële risico's niet kan overzien. Dit betekent dat je ervoor kiest dat je slechts indirect invloed kunt uitoefenen. Management bij deze schaalgrootte is voorlopig nog een probleem dat pas met veel werksoorten gezamenlijk kan worden opgelost. Het management van het kruiswerk in de organisatie opnemen is moeilijk aangezien dit niet op het niveau van Osdorp opereert. Politiek gezien is Osdorp PvdA-georiënteerd. Het voorstel om hulpverleners niet in dienstverband te nemen is in de PvdA voorbereid.

#### F. Vestigingsbeleid.

Er is een concept voor een Amsterdamse vestigingsregeling, waar met

de huisartsen en het ziekenfonds over is gepraat. Het stadsdeel mag met betrekking tot deze regeling een 'zwaarwegend advies' geven, dat in de praktijk bijna altijd zal worden overgenomen. In het concept staan de procedures volgens welke straks het vestigingsbeleid zal worden gevoerd. Het zal moeten worden vertaald naar de Osdorpse situatie. Osdorp wil graag een duidelijk aandeel in de procedure rond toekenning van vergunningen. Men wil het in elk geval wel gaan gebruiken om een aantal inhoudelijke punten aan te pakken, bijvoorbeeld samenwerkingsbevordering. Op het moment dat een vergunningsaanvraag moet worden verleend kan aan de kandidaten het huidige beleid en de waarschijnlijke richting waarin het zich gaat ontwikkelen worden voorgelegd en worden verlangd dat zij er een bijdrage aan leveren.

Door de vestigingscommissie zijn de vergunningen een beperkt beleidsinstrument. De beroepsverenigingen zijn op stedelijk niveau betrokken bij een overleg over de concept-regeling. Men neemt zich voor op het moment dat er een vergunningsaanvraag is beleidseisen te stellen die verder gaan dan de AMVB strikt voorschrijft.

En dan maar via een AROB-procedure, kroonberoep e.d. kijken hoe ver men daarmee komt.

#### G. Afstemming van werkgebieden.

Afstemming van werkgebieden staat centraal bij de regionalisatie. Hierbij gaat het om afstemming op het niveau van Osdorp als geheel. Het AMW is hierop afgestemd. Met de gezinszorg en het kruiswerk is men bezig.

Binnen Osdorp is nog niet naar voren gekomen dat een verdere onderverdeling nodig is. De verwachtingen van het Rijk om binnen eenheden van 30.000 inwoners een drietal subteams te onderscheiden is niet te implementeren in een sinds lang gegroeide situatie.

Zoiets zou wel kunnen in een nieuwe situatie als bijvoorbeeld in Maarssenbroek.

Bij pogingen daartoe rijst onmiddellijk het probleem of de wijkverpleegkundige wijk- of arts- gebonden zal moeten werken.

Men hoopt in de toekomst in de eerder genoemde overlegstructuur die vragen aan de orde te kunnen stellen.

#### H. Samenwerking

Bevordering van samenwerking binnen de eerste lijn wordt in het kader van de WVG een gemeentelijke taak. Het gebrek aan organisatie

onder de huisartsen is hierbij een speciaal probleem. Amsterdam heeft dit altijd opgelost door te proberen de huisartsen in een gezondheidscentrum te krijgen. Deze politiek loopt nu een beetje op zijn eind. Er komen nog drie centra bij, maar dat zullen wel ongeveer de laatste zijn.

In Osdorp is een gezondheidscentrum en een hometeam naast een aantal solo-artsen. Het gezondheidscentrum wordt niet gesubsidieerd door de stadsdeelraad. Het centrum wordt op dit moment aangesproken op advies informatie/signalering, een taak die in principe bij het AMW hoort, maar waar het gezondheidscentrum als geheel op wenste te worden aangesproken. De deelgemeente ging hiermee akkoord, maar wilde wel zien hoe die taken in samenwerking met de overige maatschappelijke dienstverlening in Osdorp lopen.

Door interne financiële problemen en een geïsoleerde positie komt de gerichtheid van het centrum op de wijk waarin men werkt niet duidelijk naar voren. Van een uitstraling naar buiten als gevolg van een goede samenwerking tussen de hulpverleners is geen sprake. Dat komt doordat de huisartsen in het gezondheidscentrum geen contact hebben met de overige huisartsen en omdat het gezondheidscentrum zich in haar beleidskeuzen (onderwijs, gespecialiseerde onderwerpen) nogal van de overige hulpverleners onderscheidt.

Een potentieel voordeel van gezondheidscentra is dat men naar buiten aanspreekbaar is op beleidszaken. Dit moet intern wel goed worden georganiseerd en dat is een manco in het Osdorpse centrum.

Een gemeente kan iets aan samenwerkingsbevordering bij huisartsen doen zodra er verloop is. Als er dan vergunningen worden verleend zoals in de WVG bedoeld kan men eisen stellen aan kandidaat huisartsen. Verder kan de overheid alleen ten gunste van meer samenwerking ingrijpen als men er geld bijlegt. Invloed moet worden gekocht, al kan dat misschien tijdelijk zijn.

Ten aanzien van de maatschappelijke dienstverlening zijn knelpunten en wensen geïnventariseerd. Daaruit is een rapport gerold waar de deelgemeente achter staat, maar waar de instellingen zich nog niet duidelijk over hebben uitgesproken. Elementen hieruit vormen de opzet van een werkeenheid maatschappelijke dienstverlening en een werkeenheid thuiszorg binnen een op te richten Stichting Welzijn Osdorp. De werkeenheden moeten zo zelfstandig mogelijke onderdelen van de Stichting worden. In de eerstgenoemde zijn participanten de sociaal raadsman, het AMW, de wijkbejaardenzorg en de maatschappelijk werker in het gezondheidscentrum. Samenwerking binnen de werkeenheid maatschappelijke dienstverlening komt niet zozeer tot uiting in gezamenlijke doelpopulaties als wel in gezamenlijke verantwoordelijk-

heid voor een advies- en informatie-functie, een goede spreiding van spreekuurpunten, en een signaleringsfunctie binnen de hulpverlening.

## I. Gebruikersparticipatie

Er waren voor de komst van de Stadsdeelraad al wijkopbouworganen, waar bewoners zich organiseerden rond bepaalde problematieken. Zo'n wijkopbouw-orgaan is er ook in Osdorp. De stadsdeelraad heeft natuurlijk ook een democratische intentie. Daardoor ontstonden wat wijvingen over hoe deze organisaties zich tot elkaar verhouden. Daar is men nog mee bezig. Er komt onder het volgende bestuur een participatienota uit. Men heeft nagegaan of het mogelijk was om bewoners te organiseren rond o.a. de eerste lijn. Dit bleek moeilijk. Men heeft wel een idee wat men bij een huisarts goed of slecht vindt, maar de vraag om na te denken over de structuur van de eerste lijn is echt heel moeilijk. Die vraag is te gespecificeerd. Bijvoorbeeld ouderen hebben wel wensen ten aanzien van zorg, maar die zijn ingebed in hun totale wensenpakket ten aanzien van voorzieningen voor ouderen: bewonersparticipatie door het laten deelnemen van bewoners in besturen is ook niet altijd de oplossing.

Je moet bepaalde groepen over problematieken kunnen laten nadenken van simpel naar ingewikkeld met wat begeleiding. Dat stamp je niet uit de grond. Men is bezig iets dergelijks op te zetten over de ouderenproblematiek. Daarvoor loopt een aanvraag. Participatie kan op verschillende wijzen worden aangepakt. Men denkt in Osdorp ook aan het versterken van de positie van bewoners in de eerste lijn via een ombudsachtige functionaris (wegwijzer, bemiddelaar). Dit om een open oor te geven aan mensen die van het kastje naar de muur worden gestuurd, of waarvan de vraag niet goed is behandeld. Er worden ook groepen ondersteund. Als de werkers meer zijn georganiseerd worden bewonersinitiatieven wellicht sneller gesignaleerd.

De formalisering van de participatie in het gezondheidscentrum door het formeren van een club waarin bewoners zich verenigen en zich dan met vragen tot het bestuur richten is mislukt na een tijdje te hebben gefunctioneerd. Nu zitten er alleen nog wat bewoners zonder duidelijke achterban in het bestuur van het gezondheidscentrum en dat is geen goede oplossing.

## K. Problemen/Knelpunten

Osdorp ziet drie problemen m.b.t. het eerstelijnsbeleid:

1. Het uitblijven van de bevoegdheden i.h.k. van de WVG.

2. Het gescheiden zijn van de financieringsbronnen, waardoor het onoverzichtelijk is.
3. Management/organisatie is nodig om enige orde te scheppen in de huidige onoverzichtelijke situatie: de mogelijkheid om werkers ander beleid te laten voeren in de eerste lijn in nieuwe settings legt een zware druk op uitvoerend werkers. De beleidsfunctionarissen van instellingen zijn meestal niet op wijkniveau actief. Hierdoor ontstaat een gat.



Geïnterviewde: mevr. M. Gerits (beleidsmedewerker WVG)  
Organisatie: Stadsgewest Waalwijk  
Datum: 14 november 1985

#### A. Intergemeentelijk samenwerkingsverband

Het Stadsgewest Waalwijk is een intergemeentelijk samenwerkingsverband waaraan een zestal gemeenten deelnemen:

Waalwijk (de grootste met 29.000 inwoners), Heusden, Drunen, Sprang-Capelle, Waspik en's Gravenmoer (de kleinste met 2100 inwoners). Totaal 66.000 inwoners.

Het Stadsgewest bestaat een jaar of twintig en heeft die bevoegdheden, waarvan de afzonderlijke gemeenten vinden dat ze zelf te klein zijn voor de uitoefening ervan. Tot de taken behoren: ruimtelijke ordening, volkshuisvesting, milieu, gezondheidszorg, welzijn (in beperkte mate), werkgelegenheid. Deze taken hebben een beleidsvoorbereidend/-ondersteunend karakter van aard. Daarnaast zal daar een uitvoerende taak bij komen, nl. het beheer van een intergemeentelijke stortplaats.

Op 13 december 1985 wordt door Provinciale Staten beslist hoe de provincie wordt ingedeeld in samenwerkingsgebieden in het kader van de WGR. Waarschijnlijk wordt het Stadsgewest samen met het Stadsgewest Tilburg, in een samenwerkingsverband Midden-Brabant ondergebracht (tegelijkertijd, naast WVG-subregio, WZV-regio). Op dit niveau bestaat reeds een regeling voor de basisgezondheidszorg. De beslissing zal bepalend zijn voor het voortbestaan van het Stadsgewest. Los daarvan, is het wenselijk om de planning van de eerste lijn op het niveau van het Stadsgewest te laten plaatsvinden, (dus op sub-sub regionaal niveau).

De 6 gemeenten voelen zich bedreigd in hun manier van samenwerken, doordat hun eigen identiteit in het grotere verband Midden-Brabant (met in totaal een twintigtal gemeenten) verloren zou kunnen gaan. Deze dreiging heeft de samenhang tussen de gemeenten wel sterker gemaakt. Er zijn geen problemen tussen Waalwijk en de kleinere gemeenten, ook doordat de afzonderlijke gemeenten nog geen standpunten hebben bepaald over wat ze al of niet zelf als taak willen houden. Het Stadsgewest is klein, dat heeft zelfs als nadeel dat op dat niveau niet gesproken kan worden van een samenhangend en doelmatig stelsel van voorzieningen (dit is van toepassing voor een gebied met meerdere ziekenhuizen, verpleeghuizen, etc.). Het voordeel is echter dat de communicatie lijnen kort zijn, wat de besluitvaardigheid ver-

groot.

## B. BOM

- Gebiedsindeling: WVG-subregio, wordt, zoals gesteld, binnenkort vastgesteld (d.w.z. de WGR gebiedsindeling die bepalend is voor de WVG indeling), waarschijnlijk wordt dit de subregio Midden-Brabant, tevens WVZ-regio met 366.000 inwoners. Het Stadsgewest Waalwijk wil liefst als zelfstandige subregio voortbestaan, waarbij onderkend wordt, dat voor de tweede lijn dan stadsgewest grensoverschrijdende samenwerking nodig zal zijn
- Taakverdeling: Het landelijk beleid blijft hierover onduidelijk. De 6 gemeenten willen eerst zekerheid. Wel heeft de centrumgemeente kenbaar gemaakt dat ze het vestigingsbeleid voor de eerste jaren aan het Stadsgewest wil overdragen. Dit tegen de verwachting in aangezien ze dat ook, gezien haar grootte zelf zou kunnen doen. Het Stadsgewest zelf wil de coördinatie, zeker voor de eerst planperiode, wat betreft de eerste lijn voeren, aangezien de know-how bij de (kleinere) gemeenten nu nog ontbreekt. In principe moeten de gemeenten echter de mogelijkheid hebben om zelfstandig een beleid te voeren. De gemeenten hebben hun WVG-gelden overgedragen aan het Stadsgewest waarmee ze ook te kennen geven dat ze verwachten dat het Stadsgewest de eerste aanzetten voor een beleid zal geven.
- Overleg/advies structuur: Het Stadsgewest heeft een initiatiefgroep eerste lijn ingesteld. Een informele groep met op persoonlijke titel leden van gezondheidszorg van het Stadsgewest en de ambtenaar gezondheidszorg van het Stadsgewest. Voor een commissie ex art. 21 WVG is samenwerking met het stadsgewest Tilburg nodig, aangezien er anders geen sprake is van een samenhangend stelsel van gezondheidszorg voorzieningen. Het wachten is wat dit betreft op Tilburg waar nog geen ambtenaar voor gezondheidszorg en met name WVG is aangesteld en geen eerstelijns-overleggroep is ingesteld. Voor het voeren van een vestigingsbeleid zullen bevoegdheden voor de nu nog informele groep (na aanpassing van de samenstelling) nodig zijn.
- Informatie voorziening: Door het Stadsgewest zijn gegevens verzameld van alle beroepsbeoefenaren. Gegevens van instellingen zijn er voor het hele gebied van Midden-Brabant. Daarbij zijn de werkgebieden en de gemiddelde praktijkgrote. De inventarisatie is een eerste orientatie en als zodanig een voorbereiding voor het opzetten van een informatie voorziening. Tezijnertijd zal het in deze lijn ook noodzakelijk zijn een bevolingsenquête te houden.

### C. Beleidsnota's

Binnen het Stadsgewest zijn er nog geen nota's voorhanden. Daar is het ook nog te vroeg voor. Eerst moet het overleg met de initiatiefgroep verder uitgewerkt worden. Nu komen vandaaruit de eerste knelpunten boven tafel. (Het blijkt moeilijk te zijn om, met de WVG in het oog, te praten over de inhoud van het werk). De knelpunten zullen uitgangspunten vormen voor het opstellen van een nota.

### D. Ambtelijk apparaat/ Financiering

De gemeentelijke middelen zijn overgedragen aan het Stadsgewest Waalwijk. Hieruit is anderhalf jaar geleden de geïnterviewde intergemeentelijke ambtenaar voor 32 uur per week aangesteld.

Het gaat hierbij om WVG-gelden voor 66.000 inwoners d.w.z. fl. 66.000,-. Behalve de ambtenaar wordt uit deze middelen een extra potje bekostigd voor een eventueel onderzoek. Daarnaast krijgen de leden van de initiatiefgroep een onkostenvergoeding. De ambtenaren van de 6 gemeenten houden zijdelings met de WVG bezig. Die van het Stadsgewest doet dit wel en heeft verder alle andere gezondheidszorg/welzijn taken. De eerste lijn heeft op dit moment de prioriteit.

Overigens dient vermeld te worden dat de ambtenaar tevens een aantal tweedelijnsstaken ex WZV heeft. De provincie Noord-Brabant is de enige provincie die duidelijke provinciale taken ex WVZ naar de subregio decentraliseert (subregio WVG is gelijk aan regio WZV). Dit betekent dat de regio Midden-Brabant ook voor de planning van de WZV voorzieningen (met uitzondering van o.a. zwakzinnigenzorg en psychiatrische inrichting) zorg moet dragen. De intergemeentelijke ambtenaar is in het kader hiervan secretaris van de plancommissie verpleeghuizen.

### E. Houding t.a.v. de invoering van de WVG/ Doelstellingen

De 6 gemeenten zijn gematigd positief over de invoering van de WVG. Wel zijn ze duidelijk geïnteresseerd in het voeren van een vestigingsbeleid. Er is enige beleidsruimte aangezien het Stadsgewest een aantal grote praktijken heeft. Doelstellingen zijn nog niet geformuleerd, wel is er consensus over dat de eerste lijn versterkt moet worden.

## F. Vestigingsbeleid

Een drietal factoren hebben ervoor gezorgd dat een vestigingsbeleid de interesse heeft van de gemeenten in het Stadsgewest:

- 1) het ontbreken van een vrouwelijke huisarts;
- 2) vragen van praktijkzoekende huisartsen of ze zich mogen vestigen in de gemeente (desnoods wild, wanneer de beroepsgroep niet wil);
- 3) de op komst zijnde vestigingsregeling van de Rijksoverheid.

Het idee bestaat om voor alle 6 gemeenten een verordening te maken zodat er een samenhangend vestigingsbeleid gevoerd kan worden, uit gevoerd door één vestigingscommissie en met toezicht door bijv. het stadsgewest. Wanneer mogelijk wenst het Stadsgewest, naast spreiding en omvang, ook inhoudelijke eisen aan een vestiging te stellen: bijvoorbeeld voorkeur voor een vrouwelijke huisarts.

## G. Afstemming van werkgebieden

De instellingen van gezinszorg, maatschappelijk werk en kruiswerk zijn op het niveau van het Stadsgewest georganiseerd, met hier en daar een grensoverschrijding. Het gebied van het Stadsgewest komt bijna volledig (uitgezonderd 's Gravenmoer) overeen met de basiseenheid van het kruiswerk. Deze instellingen hebben onderling contact met elkaar. De afstemming werkgebieden op het wijkniveau is slecht en valt alleen op een langere termijn verbeteren. De vraag is of de Gemeente of het Stadsgewest zich daarmee moet bemoeien en zo ja, dan zal de volle medewerking van de beroepsbeoefenaren nodig zijn.

## H. Samenwerking

Het ontbreekt in het Stadsgewest aan structurele samenwerking. Instellingen hebben meer contacten onderling dan met huisartsen. Deze wensen alleen patient gerichte contacten te onderhouden met andere eerstelijnsvoorzieningen. Er functioneert één groepspraktijk van 3 huisartsen. Het stadsgewest ziet samenwerking als een middel om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Een actief beleid voert ze daarentegen nog niet. Wanneer er initiatieven vanuit hulpverleners komen dan zal het stadsgewest trachten dit ten volste te ondersteunen.

## I. Gebruikersparticipatie

Het Stadsgewest vindt patienten participatie belangrijk. Middels en-

quêtes zijn de zes categorale patientenverenigingen in het gewest benaderd. Dit leverde echter nauwelijks reacties op. Vervolgens zijn landelijke verenigingen aangeschreven met de vraag de mensen te noemen die, eventueel in samenwerking met het Stads-gewest, een patientenplatform willen opzetten.

#### J. Afzonderlijke beroepsgroepen/instellingen

- 24-uurs bereikbaarheid voor de hele eerste lijn wordt binnenkort geagendeerd bij de initiatiefgroep
- er zal geld gereserveerd worden ter ondersteuning van patienten vereniging/platform

#### K. Grootste probleem

- onzekerheid landelijke ontwikkelingen (grootste probleem);
- vrije beroepsbeoefenaren zijn niet als één groep aanspreekbaar (in de initiatiefgroep is de deelname slechts op persoonlijke titel);
- onzekerheid over de gebiedsindeling en de daarmee samenhangend het voortbestaan van het Stads-gewest.

#### L. Achtergronden

- Politieke samenstelling: Er is één PvdA burgemeester in het Stads-gewest, tevens portefeuille houder gezondheidszorg van het Stads-gewest. Deze heeft een belangrijke rol gespeeld in het aanstellen van de intergemeentelijke ambtenaar. Gewest Tilburg is terughoudender (CDA-portefeuille houder) daar is één ambtenaar voor 20 uur belast met Welzijn, waaronder gezondheidszorg. De vraag is of de politieke geaardheid van invloed is. Zeker wel is de persoonlijkheid van wet houder/ burgemeester maar ook van de ambtenaar van belang.
- Bevolkingssamenstelling: niet van invloed.
- Veld: heeft belemmerend gewerkt, nl. in die zin dat er nog geen verhouding met het veld was en het Stads-gewest het veld in de initiatiefgroep bijeen heeft moeten brengen.
- Ligging: niet van invloed.
- Bevolkingsomvang: Zodra er bevoegdheden komen zullen er waarschijnlijk spanningen optreden tussen grote en kleine gemeenten.
- Financiers: Zijn terughoudend geweest met het verstrekken van gegevens, wordt echter nog niet mee samengewerkt.
- Rijk: Zeer belemmerende factor, als ambtenaar kom je ongeloofwaardig over. Planning zou door financiering opgevolgd moeten worden,

waarschijnlijk gebeurt het omgekeerde.

-Intergemeentelijk samenwerkingsverband: Zonder verband kunnen kleinere gemeenten geen mensen aanstellen, in die zin stimulerende factor.

Geïnterviewde: dhr. Ruitenbeek (ambtenaar o.a. voor volksgezondheid)  
Organisatie: gemeente IJsselmuiden  
Datum: 18 november 1985

#### A. Intergemeentelijk Samenwerkingsverband

De gemeente IJsselmuiden (12.500 inwoners) maakt deel uit van de regio IJsseldelta, samen met nog 20 andere gemeenten (inclusief Noord-oostpolder en Urk), waarvan Zwolle de grootste is. Dit samenwerkingsverband bestaat al jaren lang en zal ook als een gemeenschappelijke regeling onder de nieuwe WGR voortbestaan. De eerstelijnszorg is een van de taakvelden van de regio IJsseldelta. Voor de GG en GD is er een aparte regeling waaraan een kleiner aantal gemeenten deelnemen. Deze GG en GD is gevestigd in Zwolle en is meer uitvoerend bezig met de eerstelijnszorg. Voor de jeugdgezondheidszorg bestaat nog een oude gemeenschappelijke regeling samen met de gemeente Kampen. Het is de bedoeling dat deze geïntegreerd wordt in de DG en GD. Hierover wordt nog overleg gepleegd tussen IJsselmuiden, Kampen en de DG en GD. In het kader van het samenwerkingsverband is er een portefeuillehouders overleg. Ten gevolge van de AMVB "Vestiging en praktijkomvang huisartsen" is m.i.v. 1 maart 1986 een ambtelijk overleg ingesteld. Op dit moment functioneert er nog geen overleg.

#### B. BOM

- Gebiedsindeling: De WGR-regio IJsseldelta heeft voldoende basis om tegelijkertijd een gemeenschappelijke regeling in het kader van de WVG te vormen. De gebiedsindeling vormde voor IJsselmuiden geen probleem.
- Taakverdeling: De eerstelijnsgezondheidszorg is gedeeltelijk toebedeeld aan het samenwerkingsverband. Een aantal voorzieningen worden plaatselijk dan wel in overleg met collega's te Kampen geregeld (verloskundige, apotheek).
- Adviesstructuur: Er is nog geen overleg structuur gecreëerd op het gebied van de eerste lijn.
- Informatievoorziening: Hier is in het interview geen aandacht besteed, uit punt C mag geconcludeerd worden dat IJsselmuiden nog geen stappen in de richting van een informatie-voorzieningen systeem heeft gezet.

### C. Beleidsnota's

De gemeente IJsselmuiden heeft nog geen beleidsnota's op het terrein van de eerstelijns opgesteld, ook een inventarisatie van voorzieningen ontbreekt. Wel is een inventarisatie uitgevoerd door de regio IJsseldelta.

### D. Ambtelijk apparaat/Financiëring

De WVG gelden van gemeenten worden overgedragen aan de regio IJsseldelta, die er een full-time intergemeentelijk ambtenaar van heeft aangesteld, belast met de WVG. Wat daaruit naar voren zal komen is nog onbekend. IJsseldelta wilde eigenlijk 2 personen aanstellen maar dit werd onmogelijk door het terugdraaien van de subsidiemogelijkheden door het Rijk. De geïnterviewde ambtenaar van de gemeente IJsselmuiden houdt zich voor 15-20% van zijn tijd bezig met gezondheidszorg (Hij is nog niet lang bij de gemeente werkzaam).

### E. Houding t.a.v. WVG/Doelstellingen

Er is sprake van een landelijke onduidelijkheid wat betreft gemeentelijke taken, mogelijkheden en middelen. Voordat er verplichtingen worden aangegaan zal eerst hierop gewacht moeten worden. IJsselmuiden wil wel actief betrokken zijn, maar het merendeel van de taken zullen door de regio IJsseldelta worden uitgevoerd. Gezien de omvang van de gemeenten, ligt het voor de hand dat de regio meer beleidsvormend te werk zal gaan dan de gemeenten.

### F. Vestigingsbeleid.

Er is onlangs een vijfde huisarts bijgekomen (daarvoor waren er ongeveer 3000 patiënten per huisarts). De vestiging van de nieuwe huisarts is duidelijk gestimuleerd door de gemeente. Ze is in overleg gegaan met de zittende huisartsen. Dit heeft een aantal concrete afspraken opgeleverd omtrent de overdracht van patiënten naar de nieuwe huisartsen, het verzoeken van de nieuwe bewoners om naar de nieuwe huisarts te gaan. Verder heeft IJsselmuiden momenteel de planologische mogelijkheden geschapen een fysiotherapeut aan het werk te stellen, d.w.z. praktijkruimte is opgenomen in bestemmingsplan.



#### G. Afstemming werkgebieden

IJsselmuiden is qua oppervlakte vrij groot en bestaat uit een kern (8000 inwoners) met daaromheen een 5-6 tal buitendorpen (4500 inwoners). In de kern IJsselmuiden zijn geen afspraken omtrent, de wijkverdeling, er is dus geen sprake van een afstemming van werkgebieden. Hoe de situatie in de buitendorpen is, is afhankelijk van de ligging t.o.v. de huisartsen te IJsselmuiden of Kampen.

#### H. Samenwerking

Het is bij de ambtenaar niet bekend of er zich in de gemeente vormen van samenwerking voordoen. Wel is onderling overleg en zijn er weekendroosters.

#### I. Gebruikersparticipatie

In IJsselmuiden is er geen patiëntenvereniging.

#### K. Knelpunten

Het belangrijkste probleem is op dit moment de jeugd gezondheidszorg (ligt dus niet op het terrein van de eerstelijnszorg, maar op het terrein van de DG en GD). De schoolartsdienst bestaat uit slechts één schoolarts, hiervoor zal uitbreiding moeten komen. De schoolartsen en een nu nog zelfstandig functionerende logopedist zullen bij de DG en GD ondergebracht worden.

#### L. Achtergronden

Politiek gezien is de gemeente IJsselmuiden rechts georiënteerd (SGP en CDA). De burgemeester is lid van de commissie Volksgezondheid van de VNG. Van hem mag verwacht worden dat, wanneer er bepaalde maatregelen genomen kunnen worden hij dat ook zal stimuleren, de gemeenteraad zal daar waarschijnlijk ook in meegaan.

Geïnterviewde: dhr. Russchen (ambtenaar o.m. belast met gezondheidszorg)

Organisatie: gemeente Eenrum

Datum: 18 november 1985

#### A. Intergemeentelijk samenwerkingsverband

De gemeente Eenrum is niet aangesloten bij een intergemeentelijk samenwerkingsverband dat de eerste lijn onder haar hoede heeft. Wel is er de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Noord-Groningen (gevestigd Warffum) die het maatschappelijk werk en de gezinszorg in de regio voor haar rekening neemt. De gemeente is daarnaast zojuist toegetreden tot een nieuw gevormde basis gezondheids dienst. Deze dienst is echter nog niet geëffectueerd. Het is waarschijnlijk wel de bedoeling dat de invoering van de WVG een van de taken van deze bgd gaat worden. Deze bgd wordt gevestigd in Bedum en krijgt heel Noord- en West-Groningen als verzorgingsgebied.

Verder is in dit vlak te melden dat een gemeentelijke herindeling op til is waarbij het voorstel van GS in Eenrum bij een grotere gemeente in te delen, waarin o.a. Winsum ligt.

#### B. BOM

Problemen bij de gebiedsindeling deden zich nauwelijks voor. Het enige strijdpunt was de vraag wat het administratieve hart van de regio moet worden, Winsum of Bedum. Eenrum was voor het dichterbij gelegen Winsum, maar zoals het er nu naar uitzag zou het Bedum worden. Met betrekking tot de taaktoedeling en de overlegstructuur die in het kader van de bestuurorganisatorische maatregelen tot stand zou moeten komen is nog niets bekend.

#### C. Beleidsnota's

Beleidsnota's gemaakt in gemeentelijk of intergemeentelijk verband zijn er niet. Wat het onderzoek betreft is er een inventarisatie gemaakt van de in de regio voorkomende voorzieningen.

#### D. Ambtelijk apparaat

Binnen de gemeente Eenrum ( ca. 2400 inwoners, verspreid over drie kernen, Eenrum 1600 inwoners, Pieterburen 450 inwoners en Westernie-

land 350 inwoners) houdt één gemeenteambtenaar zich voor een zeer gering gedeelte van zijn tijd bezig met gezondheidszorg.

#### E. Houding t.a.v. de WVG/Doelstellingen

Het beleid van de gemeente Eenrum ten opzichte van de eerste lijn is puur reactief. Men doet iets als er problemen rijzen, c.q. vragen komen vanuit de bevolking of het veld om hulp, advies of bijstand. Zo'n probleem heeft zich één keer voorgedaan. In de gemeente Eenrum is geen tandarts. Men gaat naar een tandarts die twee keer in de week spreekuur houdt in het kruisgebouw, anderen gaan naar een tandarts in Uithuizen, Winsum, Leens en zelfs Bedum. Dit zijn behoorlijke afstanden. Vandaar dat de wens rees om een tandarts in Eenrum gevestigd te krijgen. Men vond ook een tandarts die bereid was zich in Eenrum te vestigen. Men kwam hierbij echter in conflict met vestigingsbeleid dat het regionaal Ziekenfonds krachtens de Ziekenfondswet voerde. Het Ziekenfonds weigerde de tandarts op grond hiervan te erkennen. Hierdoor zouden ziekenfondspatiënten zich niet bij deze nieuwe tandarts kunnen laten behandelen. Het aantal particuliere patiënten in de gemeente was te gering zodat vestiging onmogelijk was. De gemeente heeft de beslissing van het Ziekenfonds middels een kort geding aangevochten. De president van de rechtbank sprak echter uit dat de "gemeente en de tandarts gevoelsmatig gezien in hun recht stonden, maar volgens de letter van de wet had het Ziekenfonds gelijk." De gemeente verloor dus het geding.

De wens om een tandarts in Eenrum te krijgen leeft nog altijd. Zodra de gemeente een nieuwe kans krijgt (bijvoorbeeld bij invoering van de WVG) om een tandarts binnen haar grenzen te halen zal de gemeente dat niet nalaten.

De zaak van de vestiging van een tandarts is nogal op zichzelf staand. Aangezien de gemeente zich beperkt tot het reageren op vragen vanuit de gemeente is aan andere aspecten van de eerstelijnszorg geen aandacht besteed. Vragen uit de gemeente m.b.t. de eerste lijn komen er niet op nauwelijks. Er is één huisarts voor 2400 inwoners, dus wat dat betreft valt er niet veel te wensen. Thema's als samenwerking of patientenparticipatie spelen in het geheel niet binnen de gemeente.

Tot slot een letterlijk citaat "Deze zaken (beleid voor de gezondheidszorg, invoering WVG,DdB) gaan eigenlijk aan onze neus voorbij. Het is natuurlijk wel een gemeentelijke taak die gezondheidszorg, maar het speelt niet. Dokters hebben zo hun eigen samenwerkingsverbanden, daar is de gemeente nauwelijks bij nodig".

"Grote gemeenten kunnen meer een eigen beleid voeren, die hebben een eigen DG & GD. Die is er in Eenrum niet, dan zijn er in Eenrum niet veel mogelijkheden om een eigen beleid te voeren".

Geïnterviewden: Mevr. M. van Biezen en Dhr. M. van Berkum (beleidsmedewerkers)

Organisatie: gemeente Zeist

Datum: 20 november 1985

## A. Intergemeentelijk samenwerkingsverband

De gemeente Zeist neemt deel aan het streekverband Zuid-Oost Utrecht en is daarin de grootste, met Veenendaal als tweede. Het samenwerkingsverband verricht een aantal taken op het terrein van de gezondheidszorg. Het betreft hier het project WVG en de ondersteuning bij de oprichting van een basisgezondheidsdienst t.b.v. de hele streek vanuit de GGD Zeist. De maatschappelijke dienstverlening behoort niet tot de taak van het verband, alhoewel afstemming volgens de geïnterviewde ambtenaren wel wenselijk zou zijn in het kader van de WGM. Zeist heeft wel een beleidstaak op dit terrein alsmede een ambtenaar belast met de uitvoering ervan. Het streekverband komt nagevoeg overeen met de voorgestelde WVG-subregio. De gemeenten zijn daarnaast verdeeld over een drietal WZV-regio's. Zeist heeft een goede relatie met de afzonderlijke gemeenten in het gebied, de relatie met het streekverband is minder goed. Er is een permanente controverse tussen Zeist als centrum gemeente en het samenwerkingsverband Zuid-Oost Utrecht, dat te veel opkomt voor de belangen van de kleinere gemeenten en te weinig rekening houdt met Zeist. De burgemeester van Zeist is tevens voorzitter van het streekverband. Deze dubbele positie blijkt niet altijd in het voordeel van Zeist te werken. Door een ondoorzichtige structuur is het op ambtelijk niveau vaak moeilijk de besluitvorming goed te overzien. Er functioneert een ambtenarenoverleg tussen de gemeenten binnen het streekverband.

## B. BOM

-Gebiedsindeling: De gebiedsindeling is nog niet door de Provincie vastgesteld. De beslissing wordt al 1 1/2 jaar uitgesteld. Zoals het voorstel er nu ligt komt de gebiedsindeling ex WGR/WVG overeen met het gebied van het streekverband, met uitzondering van Bunnik die buiten het voorstel valt. Zeist zelf heeft geen problemen met de voorgestelde gebiedsindeling en wil niet in een gebied met de gemeente Utrecht, waar nu nog lobby's voor lopen.

-Taakverdeling: Er is een nota van de Provincie waarin de taakverdeling tussen provincie en gemeenten aan de orde komt. Deze is echter

op de achtergrond geraakt door de lange duur van de gebiedsindeling. Tussen de gemeenten en streekorgaan is de bevoegdheden verdeling ook nog niet geregeld.

-Overlegstructuur: Op verzoek van de gemeenten is het creëren van een advies dan wel overleg structuur uitgesteld totdat duidelijk is welke verplichtingen en mogelijkheden er zullen gelden.

-Informatievoorziening: Ook deze is nog niet geregeld. Wel is het streekverband bezig met een inventarisatie op het gebied van de eerste en tweede lijn. Deze inventarisatie bestrijkt de hele regio.

### C. Beleidsnota's

De gemeente Zeist heeft een nota Volksgezondheid opgesteld met het oog op de komst van de WVG; een serie rapporten die de drie echelons bestrijken. Hiervoor is een inventarisatie verricht onder de gezondheidsvoorzieningen. De beleidsuitgangspunten voor het gemeentelijke gezondheidszorgbeleid zijn in 1981 door de raad vastgesteld, in 1982 volgde de vaststelling van de nota. Binnen de gemeente-begroting is geld vrij gemaakt voor de uitvoering van de nota, maar dit is slechts een klein bedrag fl.10.000,--. Daarnaast blijkt het moeilijk een voor de gemeenteraad acceptabele invulling van dit bedrag te vinden. De voorstellen daartoe hadden vooral betrekking op GVO/preventieve activiteiten, zaken die overeenkomstig de nota ook benadrukt zouden moeten worden. Herhaaldelijke pogingen om een startsubsidie voor een algemene patiëntenvereniging te creëren zijn tot nu toe mislukt. Het in Zeist opengestelde gezondheidsinformatiecentrum krijgt na veel inspanningen wel een kleine subsidie. Alhoewel de nota dus is vastgesteld mag de daadwerkelijke uitvoering van het beleid minimaal genoemd worden.

### D. Ambtelijk apparaat/Financiëring

De gemeente heeft in 1979 een formatieplaats voor volksgezondheid ingesteld mede door de waarschijnlijke komst van de WVG. Toen er ± 4 jaar later een vergoeding van het Rijk kwam voor de invoering van de WVG en de formatie plaats net weer vacant was, is er een gezamenlijke aanvraag ingediend door Zeist en het streekverband. Zeist had dus al een aantal jaren zijn eigen ambtenaar en wilde dit continueren. De aanvraag werd gezamenlijk gedaan om het overschot aan inwoners in Zeist t.b.v. formatie plaatsen aan het streekverband ten goede te laten komen. Resultaat hiervan is dat zowel in Zeist als bij het streekorgaan een ambtenaar werkzaam is t.b.v. de WVG.

## E. Houding t.a.v. de WVG/Doelstelling

Zeist heeft t.b.v. de opstelling van haar nota uitgebreid in het veld geïnventariseerd welke knelpunten en wensen er waren. Deze inspanning van instellingen en beroepsbeoefenaren kon niet gehonoreerd worden, aangezien de wetgeving uitbleef en de financiële middelen ontbraken. Zeist wacht nu liever op de bevoegdheden voordat weer contact wordt gezocht met het veld. Vanuit het streekverband is men nog veel optimistischer. Ook daar is men nu, net als een paar jaar voorheen in Zeist, enthousiast aan het inventariseren. Wat daaruit naar voren komt is dat het veld de WVG al weer bijna is vergeten en zich nu veel terughoudender opstelt. De Zeister ambtenaren twifelen eraan of er, wanneer de WVG/WGM er toch komt, sprake is van wezenlijke bevoegdheden en mogelijkheden. Ook een eigen gemeentelijk beleid, los van de WVG, zal moeilijk van de grond komen, omdat de financiën ontbreken.

## F. Vestigingsbeleid

Vooraf fysiotherapeuten komen met vragen over vestigingsmogelijkheden. De gemeente heeft echter geen bevoegdheden en ook nog geen vestigingsplannen. In 1985 zijn er dan ook twee wilde vestigingen van fysiotherapeuten geweest. Ondanks het feit dat de ziekenfondsen geen overeenkomsten meer afsluiten. Op grond van art. 47 ZFW waren deze vestigingen mogelijk door het grote aantal particuliere patiënten in Zeist.

## G. Afstemming werkgebieden

In Zeist functioneren een tweetal particuliere stichtingen voor maatschappelijke dienstverlening, die tevens gezinszorg in het pakket hebben. De sociale dienst heeft ook taken op dit terrein. Daarnaast is in de Zuid-Oost hoek van het streekverband een gefuseerde Stichting voor maatschappelijk werk en gezinszorg, verder in de Bilt en in Driebergen. Er wordt niet gestreefd naar één Stichting voor het hele gebied, daartoe bestaan noch bij de stichtingen, noch bij de gemeenten of streekverband beleidsvoornemens.

Wat de afstemming van werkgebieden betreft heeft de gemeente nog geen duidelijke voorstelling van zaken. Men is wel inventariserend op dit terrein bezig geweest. Bekend is hoeveel hulpverleners er per buurt werkzaam zijn, hierbij is de buurtindeling CBS gehanteerd. Het percentage overlap is echter niet bekend.

## H. Samenwerking

Er is één gezondheidscentrum (Zeist-West), één hometeam, een structureel overleg waaraan één huisarts deelneemt met maatschappelijk werk en wijkverpleging en een samenwerking tussen een groepspraktijk van huisartsen met een AMW-instelling. De gemeente stimuleert niets op dit terrein.

## I. Gebruikers-participatie

Er is een algemene patiëntenvereniging die al drie jaar bestaat. Subsidie is nog niet door de gemeente verstrekt, ondanks herhaaldelijk pogen. Aangezien de vereniging haar bestaansrecht inmiddels heeft bewezen (ze onderhoudt contacten met gemeente, huisartsen, het Zeister ziekenhuis en andere verenigingen) wordt nogmaals geprobeerd een aanvraag voor een eenmalige start subsidie door de gemeenteraad te laten honoreren.

## J. Afzonderlijke beroepsgroepen/instellingen

Geen overige activiteiten op het terrein van de elgz.

## K. Knelpunten

Gebrek aan wettelijke bevoegdheden en financiële middelen.

## L. Achtergronden

### -Politieke samenstelling:

De portefeuillehouder voor volksgezondheid is een PvdA-wethouder. Over het algemeen willen de PvdA-fractie en de fractie van de PPR/PSP meer middelen vrijmaken op het gebied van de volksgezondheid dan door het college (1 PvdA, 2 VVD, 1 CDA) en de raad (meerderheid VVD en CDA) geaccepteerd wordt. Als nadeel wordt genoemd dat de portefeuille maatschappelijke dienstverlening VVD wethouder voor welzijn gescheiden is van de portefeuille gezondheidszorg. Hierdoor zijn er ook twee raadscommissies. De nota Volksgezondheid is op initiatief van de vorige (CDA) wethouder opgesteld, tevens kwam er op zijn initiatief de formatieplaats.

-Bevolkingssamenstelling: Zeist kent een hoog percentage ouderen, dit heeft echter geen stimulerende invloed gehad voor het gemeentelijk beleid. (Er bestaat een goed netwerk van voorzieningen).



- Veld: Zie opmerkingen onder E. Er zijn op dit moment tussen de gemeente en het gezondheidszorgveld nauwelijks contacten. De maatschappelijke dienstverlening wordt naast de Rijksbijdrage regeling deels gesubsidieerd door de gemeente. De contacten met de stichtingen voor maatschappelijke dienstverlening zijn beperkt. Dit komt doordat het veld verdeeld is en elkaar beconcoreert wat betreft het verkrijgen van financiële middelen. Daarnaast had een van de stichtingen voor een algemeen maatschappelijk werker in het gezondheidscentrum extra financiële middelen gevraagd wat niet beloond werd. Ook dit heeft de verhouding met de gemeente niet verbeterd.
- Ziekenfonds: De verhouding met het ziekenfonds beïnvloed het gemeentelijk beleid voor de eerstelijns niet.
- Rijk: De trage ontwikkeling m.b.t. de invoering van de WVG/WGM werkt nogal frustrerend. Door het ontbreken van gemeentelijke bevoegdheden is uitvoering van de nota Volksgezondheid heel moeilijk. Ook het terugbrengen van de rijksbijdrage voor de WVG medewerkers tot 2/3 van eerdere toezeggingen en zonder enige aankondiging was een behoorlijke klap.

Geïnterviewde: dhr. L. Roest (beleidsmedewerker gezondheidszorg)  
Organisatie: gemeente Utrecht  
Datum: 21 november 1985

#### A. Intergemeentelijke samenwerkingsverbanden

Het SAU (Samenwerkingsorgaan Agglomeratie Utrecht) bestaat niet meer. De gezondheidszorg behoeft niet intergemeentelijk te worden geregeld want Utrecht vormt zelf een subregio (WVG). Hier is door de gemeente nadrukkelijk op aangestuurd, mede in het kader van de RIAGG-vorming (één RIAGG voor de gemeente Utrecht). Dat is ook gelukt. Op deze manier kan Utrecht ook beter in het Grote Stedenbeleid meedraaien. In een samenwerkingsverband wordt dat wat lastiger. De WZV regio is wel aanzienlijk groter dan de stad Utrecht zelf.

#### B. BOM

-De gebiedsindeling is voor Utrecht volledig naar wens verlopen. Grensoverschrijding is voorkomen.

-De taaktoedeling begint voor Utrecht zijn doel te naderen. De gemeente heeft een aantal claims gelegd op WVG-taken. Deze worden niet helemaal gehonoreerd.

Al langer is de trend op gang meer bevoegdheden naar de grote gemeenten te schuiven. Bovendien is in Utrecht de relatie met de provincie vrij goed. Kort geleden was er een gesprek met Van Londen waarin een voorlopige opzet van de taakverdeling is gemaakt. Hierin kreeg de gemeente de eerste lijn, de basisgezondheidszorg, verpleeghuizen, verslaafdenzorg (intra- en extramuraal). Over de AGGZ is wat gestecheld maar tenslotte heeft de gemeente dit ook gekregen. Dit was een overleg tussen provincie, gemeente en WVC. WVC oefende hierin druk uit op de provincie om wat taken los te laten en Utrecht, als een van de grote steden meer ruimte te geven. De provincie heeft hier wel moeite mee, maar lang niet zoveel als elders.

-Overlegstructuur: Het Rijk heeft op dit terrein erg rommelig geopeerd. VNG en grote gemeenten hebben geprotesteerd tegen de regeling zoals die in de WVG was voorgeschreven, omdat zij eigen inspraak-verordeningen en overlegregels hebben. Men wil eigenlijk het overleg zelf inrichten. Toen kreeg je "hoofdlijnen bijstelling van de WVG" en later de WGM waarin over regionale overlegstructuren wordt gesproken. De staatssecretaris heeft verzocht het regionaal overleg te gaan voorbereiden. Utrecht wilde dit inderdaad maar gaan

doen, tot men in een later overleg weer hoorde, dat dat regionaal overleg niet zo formeel is bedoeld. Men is zich toen weer de vraag gaan stellen of men het zo in moest richten als aanvankelijk de bedoeling was of dat men naar meer eigen overlegvormen toe moet.

Eigenlijk vindt men bilateraal overleg zinvoller dan een Poolse landdag met Jan en Alleman erbij; waar iedereen in elkaars keuken zit te kijken. Dit overleg vindt plaats met beroepsgroepen, instellingen en verzekeraars. Men kan zich best voorstellen dat men bij een uiteindelijk resultaat met z'n allen nog een keer aan tafel gaat zitten. Men gelooft niet in een grote groep waaruit op een gegeven moment iets groeit.

Op dit moment is er nog niets wat overlegstructuur betreft. De PRV is eerder een provinciale dan een gemeentelijke adviesinstantie. Het Provinciale beleid wordt grotendeels in adviserende zin vanuit die Raad voorbereid.

-Gegevensverzameling vindt op dit moment plaats voor een onderzoek van de ROVU (waaronder de onderzoeksafdeling van de gemeente resorteert) naar de situatie in de eerste lijn. Verdere initiatieven hangen af van wat er straks nodig zal zijn bij de invoering van de WVG. De gemeente wilde de GG en GD de gegevens laten verzamelen. Landelijk wil men deze taak bij het Ziekenfonds leggen. Tot dusver heeft het Ziekenfonds zich bepaald niet scheutig getoond bij de verstrekking van gegevens. De gegevensverzameling is tot nu toe een beetje een ondergeschoven kindje. Men richt zich momenteel het meest op de taaktoedeling. Eerst de bevoegdheden, dan verder praten.

### C. Beleidsnota's

Gelet op wat de Utrechtse Nota Volksgezondheid ('76) heeft opgeleverd is er niets nieuws onder de zon. Alleen de bevoegdheden om de doelstellingen te realiseren blijven uit.

De ROVU voert ten behoeve van de eerstelijnsplanning een breed opgezet onderzoek uit. In het onderzoek, waarin niet alleen de gezondheidszorg maar ook de maatschappelijke dienstverlening is betrokken, komen thema's aan de orde als de spreiding van de hulpverleners, samenwerking binnen de eerstelijns, relaties tussen de eerste en de tweede lijn, een gezondheidsspeiling, de wijkwelzijnsorganisaties en een knelpunteninventarisatie. Het onderzoek is vertraagd door de onzekerheid over de invoering van de WVG en het gebrek aan ervaring bij de gemeente met onderzoek in de gezondheidszorg. Door dit laatste werd het veel breder en grootschaliger dan aanvankelijk voor-

zien. Er was wel ervaring met onderzoek ten behoeve van planning in het welzijn c.q. maatschappelijk en sociaal-cultureel werk. Onderzoek in de EL(G)Z werd daardoor min of meer een afgeleide van de welzijnsplanning.

#### D. Ambtelijk apparaat/financiering

Het bureau Volksgezondheid van de gemeente Utrecht bestaat uit een chef en 2,5 medewerkers, waarvan met name de laatst aangestelde belast is met de invoering van de WVG.

#### E. Houding t.a.v. de WVG/Doelstellingen

De gemeente is bereid een beleid te gaan voeren. De WVG is daarvoor onmisbaar. Alleen is het de vraag hoe het Rijk met de WVG om gaat springen. Geeft men wel ruimte voor eigen beleid? Als je het pakket kwaliteitseisen en richtlijnen ziet zoals dat er nu ligt, dan moet je je dat zeker afvragen, al vond de geïnterviewde dat persoonlijk beter dan de volledig anarchistische situatie zoals die tot dat moment heerste.

#### F. Vestigingsbeleid

Een aantal jaren geleden is geprobeerd via een vestigingsverordening iets aan een vestigingsbeleid te gaan doen. Vooral naar aanleiding van de kwestie Lelystad, waar een soortgelijke verordening door de Kroon werd vernietigd, is dit niet doorgevoerd. Bovendien waren de huisartsen niet voor een dergelijke verordening. Daar is nu verandering in gekomen. Nu de spoeling dun wordt wil de PHV wel een vestigingsbeleid. De gemeente wacht nu echter op de bevoegdheden ex-WVG. Overigens heeft de gemeente geen gebruik willen maken van andere instrumenten voor een vestigingsbeleid, bijv. de Wet op de Ruimtelijke Ordening omdat die oneigenlijk zijn.

#### G. Afstemming werkgebieden

Afstemming van de werkgebieden van het AMW en het Kruiswerk heeft plaatsgevonden tijdens fusie- en herverkavelingsprocessen van instellingen/verenigingen.

De gezinszorg werkt nog in drie instellingen die allen in de hele stad werken. Het groeit er wel heel langzaam naar toe. De gezinszorg is nog maar kort geleden op grond van het welzijnsconvenant onder de

planningsverantwoordelijkheid van de gemeenten gekomen. Daarom is de gemeente nog terughoudend met de beleidsontwikkeling op dat gebied. Bovendien zijn de instellingen vrij sterk georganiseerd. Verder werd opgemerkt dat met het vestigingsbeleid geprobeerd kan worden op een lager niveau tot een afstemming van werkgebieden te komen. De gemeente gaat zelf waarschijnlijk streven naar een afstemming op wijkniveau. Voor het AMW en het kruiswerk is, zoals gezegd, een voor 100% samenvallende indeling gemaakt in 7 wijken van ongeveer 30.000 inwoners. Het zal al heel mooi zijn als huisartsen hun patiënten binnen deze wijken houden. Aan een verdere afstemming daarbinnen is men nog helemaal niet toe.

#### H. Samenwerking

Utrecht steunt gezondheidscentra financieel. Het gaat echter wel om zeer kleine bedragen. Andere samenwerkingsverbanden behoeven minder ondersteuning. Wijkwelzijnsoverleg wordt bijvoorbeeld secretarieel ondersteund. Van het stimuleren van andere samenwerkingsvormen dan gezondheidscentra is nauwelijks sprake, hoewel er geen harde voorkeur voor gezondheidscentra is uitgesproken. Ook andere samenwerkingsvormen en solisten moeten kunnen.

Met betrekking tot de gezondheidszorg is men van mening dat hier al veel verzekerings/belastinggeld naar toe gaat. Het ligt niet voor de hand daar als gemeente nog meer bij te doen. Wel krijgt het gezondheidscentrum Kanaalstraat een vrij fors bedrag omdat de (ver-)bouw uitgevoerd wordt in het kader van een werklozenproject. Het totstandbrengen en beheren van gezondheidscentra is een moeizame en voor de gemeente tijdrovende zaak. Om elke cent moet geknokt worden. Het is nog steeds niet goed geregeld. Men merkt het ook aan de mensen die in een gezondheidscentrum werken die gefrustreerd raken door de grote hoeveelheid tijd die zij in voorwaardescheppende activiteiten moeten steken.

#### I. Gebruikersparticipatie

Op dit terrein is er niets algemeen in Utrecht. Er is geprobeerd een platform van de grond te krijgen, maar dat is niet gelukt. Over het algemeen zijn de afzonderlijke groepen heel erg bezig met hun eigen specifieke optiek. Dat richt zich veel meer op onderlinge ondersteuning dan op beleidsmatige invloed. Als je er twee mensen bij betreft zijn dat twee mensen uit een bepaald groepje, die zich niet gerechtigd voelen voor de rest te spreken. Het gebrek aan achterban

ging zich al snel doen voelen bij ervaringen met patiënten in besturen.

#### J. Afzonderlijke beroepsgroepen/instellingen

Er is een discussie geweest over huisartsen in dienstverband. In 1977 kwam dit idee van de GGD. Er is langdurig overlegd, maar na een tijd bleek er geen overeenstemming onder huisartsen te bestaan. Het heeft dus niets opgeleverd. De gedachte erachter was dat als je ze in dienst heb, je ze kan neerzetten waar je wilde en ze kan laten werken zoals je wilde. Verder is er ook discussie geweest over een plan voor de eerstelijns, die echter gekenmerkt werd door de lauwe reacties van het veld. De eerste lijn is in Utrecht tamelijk ongestructureerd en weinig politiek georganiseerd.

De AMW-budgetten zijn niet aangewend voor gezondheidszorg. Binnen het gemeentelijk apparaat leeft de gedachte het AMW niet té zeer te koppelen aan de gezondheidszorg uit angst over medicalisering. Door een dergelijke opvatting van het maatschappelijk werk heeft het voortbestaan van één gezondheidscentrum zelfs aan een zijden draadje gehangen. Om voor rijks- en ziekenfondssubsidie in aanmerking te komen, moet aan de eis samenwerking met het AMW worden voldaan. In die houding van het AMW begint verandering te komen.

#### K. Knelpunten

De gemeente vindt het gebrek aan instrumenten het grootste probleem bij het voeren van een beleid voor de eerstelijns.

#### L. Achtergronden

-Politieke samenstelling: De gemeente wil beleid voor de eerstelijns niet aan de instellingen/beroepsbeoefenaren overlaten. Dit heeft te maken met de PvdA achtergrond. Men heeft bepaalde doelstellingen, die men wil bereiken. Men is bereid daarover te onderhandelen met het veld, maar uiteindelijk moet er iets uitkomen wat dicht bij die doelstellingen ligt. De gemeente wordt tenslotte gecontroleerd door de gemeenteraad.

-Bevolkingssamenstelling speelt op dit moment nog nauwelijks een rol. Wel moet dit een aandachtspunt vormen bij het te voeren vestigingsbeleid en de planning.

-Een goede verhouding met het veld is nodig; men vindt het veld weinig (politiek) actief en weinig gestructureerd.

- Met het ziekenfonds is een gestructureerd overleg; als er iets moet gebeuren gaat dit echter soms moeizaam.
- Het gemeentelijk beleid voor de eerstelijns is nauw verweven met de opkomst van gezondheidscentra.
- De rijksoverheid: Het convenant heeft betekenis voor het eerste-lijnsbeleid. Een groot deel van de maatschappelijke dienstverlening is daarmee onder de bevoegdheden van de gemeente gekomen en nog een aantal extra vrijheden. De (mogelijke)komst van de WGM compliceert de zaak. Aan de ene kant zou men hiermee meer gezondheidszorg bevoegdheden krijgen. Aan de andere kant levert men de via het convenant verkregen vrijheden voor de maatschappelijke dienstverlening weer in door aan de WGM verbonden richtlijnen en kwaliteitseisen.
- Utrecht heeft dankzij het feit dat het tot de vier grote steden behoort rechtstreeks ingang bij het ministerie. De vier grote steden gaan daarmee soms voorbij aan wat de VNG vindt. Bijv. ten aanzien van de WVG heeft de VNG een alles of niets standpunt ingenomen. De vier grote gemeenten vinden dit te riskant. Zij zijn bang dat het evenals bij de kaderwet niets wordt. Daarom willen zij binnenhalen wat mogelijk is en daarna verder kijken. In het algemeen is men op dit moment meer bezig met het veroveren van bevoegdheden dan met het voeren van een beleid voor de eerste lijn, waarvoor die bevoegdheden trouwens nodig zijn.

Geïnterviewde: mevr. Vriens-Auerbach (wethouder)  
Organisatie: gemeente Rosmalen  
Datum: 21 november 1985

#### A. Intergemeentelijk samenwerkingsverband

De gemeente Rosmalen maakt deel uit van het stadsgewest 's-Hertogenbosch, een intergemeentelijk samenwerkingsverband bestaande uit 17 gemeenten. Den Bosch is een centrumgemeente met 90.000 inwoners, Rosmalen heeft 25.000 inwoners evenals Boxtel, Vught 23.000 en Schijndel 20.000, de overige gemeenten zijn kleiner. Het Stadsgewest heeft in totaal 250.000 inwoners. De gemeenten hebben al geruime tijd een gemeenschappelijke regeling waarin het stadsgewest taken zijn opgedragen op het gebied van de schoolbegeleidingsdienst, basisgezondheidsdienst, recreatie, ruimtelijke ordening, volkshuisvesting, economische zaken en werkgelegenheid. De eerstelijnsgezondheidszorg is niet expliciet in de regeling opgenomen, de omvang van het stadsgewest wordt daarvoor ook te groot geacht. Mevrouw Vriens maakt deel uit van het Dagelijks Bestuur van het Stadsgewest en beheert in dat verband ook de portefeuille welzijn volksgezondheid en cultuur.

Het door de provincie voorgestelde WGR-gebied komt praktisch overeen met het gebied van het Stadsgewest. In het kader van de WVG is het gebied een subregio dat samen met het Stadsgewest Oss (het gebied Noord-Oost Brabant: Oss, Uden, Veghel en het land van Cuijk) een WVZ-regio vormt.

#### B. BOM

-Gebiedsindeling: De provinciale plannen m.b.t. de gebiedsindeling zijn bijna afgerond. Rosmalen is tevreden over de gebiedsindeling WGR. Een aantal problemen deden zich voor. Heeswijk-Dinter zit in het Stadsgewest en ook in het door de provincie voorgestelde WGR-gebied maar wil zelf naar het gebied Oss. De gemeente Nuland wil met Geffen één gemeente worden. Geffen valt onder het gebied Oss en Nuland kiest daar dan ook voor. Haaren is bij Tilburg ingedeeld maar kiest voor Den Bosch. Verder zijn er drie Gelderse gemeenten die ook bij Den Bosch zullen blijven. Het stadsgewest Den Bosch zou Heeswijk-Dinter willen houden, gaat akkoord met de komst van Haaren en vindt de beslissing van Nuland te prematuur. Er zijn geen grote tegenstellingen tussen grote en kleinere gemeenten. Het Stadsgewest



is wat dat betreft evenwichtig samengesteld: een grote gemeente, een aantal middelgrote en een reeks kleinere. Bovendien is er sprake van een tamelijk lichte regeling d.w.z. dat bevoegdheden niet strikt zijn verdeeld en dat op basis van overleg zaken worden geregeld.

- Taakverdeling: over de taakverdeling zijn nog geen afspraken gemaakt, gewacht wordt op het landelijke beleid.
- Advies/overleg structuur: Het advies van de staatssecretaris betreffende het instellen van een regionaal overlegorgaan heeft het Stadsgewest naast zich neergelegd. Eerst moet maar duidelijk worden welke kant het uitgaat. Zo is er de WVG, de vereenvoudigde WVG, het eerste ontwerp WGM, de hoofdlijnen notie 1, de hoofdlijnen notitie 2 en het ontwerp wat bij de Raad van State
- Informatievoorziening: Het Stadsgewest heeft meegedaan aan een experiment informatie verstrekking uitgevoerd door het IVG-Tilburg. Hierover zijn er contacten ontstaan met het veld echter slechts voor korte duur. Enerzijds voelden de gezondheidszorg instellingen zich bedreigd (hoe zullen de verstrekte gegevens gebruikt worden) anderzijds zou de invoering van de WVG nog wel lang op zich laten wachten, zodat ook de instrumenten om tot een beleid te komen ontbraken en de plicht van de instellingen om gegevens te verstrekken nog niet golden. Het experiment is derhalve voortijdig afgebroken.

### C. Beleidsnota's

De gemeente Rosmalen heeft geen beleidsnota's op het terrein van de gezondheidszorg of eerste lijn. In de afgelopen zomer is een werkgroep ouderen beleid gestart door de gemeente, waarin afdelingen van de gemeente zitten: Sociale Zaken, Volkshuisvesting en Welzijn/Volksgezondheid. Aan de werkgroep nemen verder deel de stichting Welzijn ouderen, de Ouderenbond, het Kruiswerk, de maatschappelijke dienstverlening, de gezinsverzorging, de helft van de huisartsen, het bejaardenoord, verpleeghuis, psychiatrisch ziekenhuis en de stichting Woningbouw Rosmalen. De werkgroep stelt zich ten doel te komen tot een notitie ouderen beleid met aanbevelingen voor de korte en lange termijn, op alle terreinen die van belang zijn. Uit een knelpunten analyse onder de betrokkenen kwam het gebrek aan coördinatie en het gebrek aan samenwerking naar voren hierop zal de werkgroep zich dan ook moeten richten. De gemeente zal zich terugtrekken als er een akkoord is over samenwerking en de stichting Welzijn ouderen in staat is de kar verder te trekken.

Mevr. Vriens is van mening dat het beter is om met een deelaspect te

beginnen om vervolgens via de gesignaleerde knelpunten, die overigens voor de hele eerstelijns gelden, op een eerstelijnsbeleid, althans een beleidsvisie uit te komen. Deze manier van werken is voortgekomen uit het mislukken van pogingen om het gehele welzijnsveld te herstructureren. Op dit terrein bestonden en bestaan nog een groot aantal versnipperde en inefficiënt werkende organisaties. Aan de hand van een nota samenwerking Welzijninstellingen zijn knelpunten aan het licht gekomen. Deze hadden vooral betrekking op de vele overlegstructuren. De oplossing die werd gekozen was een overlegplatform, die adviezen zou uitbrengen naar de diverse besturen. In feite bracht dit geen verbeteringen teweeg en was er alleen nog maar een praatgroep bij gekomen. Het ideaal van één overkoepelende welzijnsstichting ligt dan ook nog ver weg.

Onderzoek wordt door de gemeente Rosmalen en het Stadsgewest niet verricht. Alle zaken zijn stilgelegd toen de plankostenvergoeding door de staatssecretaris bevroren werden en de invoering van de WVG op zich liet wachten. Bovendien is niet duidelijk wat er onderzocht zou moeten worden.

#### D. Ambtelijk apparaat/ Financiering

De 17 gemeenten hebben de aanvragen voor de plankostenvergoeding gebudeld. De helft van de WVG-gelden gaan naar het Stadsgewest en de andere helft naar de gemeenten. Sommige gemeenten hebben daarvan een ambtenaar aangesteld, anderen hebben er een ambtenaar voor vrijgemaakt. Het Stadsgewest heeft geen ambtenaren aangesteld, vanwege een door Het Rijk opgelegde bezuinigingsoperatie. De plankostenvergoeding wordt in feite aangewend om het zittende apparaat mede te financieren. Wanneer deze gelden stopgezet worden zal er zelfs een ambtenaar uit moeten.

#### E. Houding t.a.v. de WVG/ Doelstellingen

Net als de VNG (mevr. Vriens zit in de commissie volksgezondheid van de VNG) heeft ook het Stadsgewest de gemeenten geadviseerd niet al te veel zaken in het kader van de WVG/WGM op te starten aangezien er mij zoveel onduidelijkheid is. Dit wil niet zeggen dat de gemeenten niets meer moeten doen, ze hebben immers een taak op het terrein van de volksgezondheid op grond van de Gemeentewet. Wat men zich af kan vragen is of gemeenten überhaupt de noodzaak inzien om tot een eerstelijnsbeleid te komen. Pas wanneer er concrete instrumenten zijn zal vanuit het Stadsgewest gestimuleerd worden dat gemeenten actief

worden. Wenselijk is daarbij een beleidsruimte en ruimte om middelen over te hevelen van de ene gemeente met bijv. weinig bejaarden naar een gemeente waar veel bejaardenverzorgsters nodig zijn.

#### F. Vestigingsbeleid

Ook wat het vestigingsbeleid betreft bestaan er nog concrete plannen bij de gemeenten. In eerste instantie zou er een vestigingsbeleid moeten komen in gebieden van zo'n 50.000 inwoners. De AMVB, zoals die nu wordt voorgesteld, heeft echter elke norm verlaten en schept aldus weer meer onduidelijkheid. Bovendien schept de AMVB geen mogelijkheden om inhoudelijke eisen te stellen, bijv. vestiging alleen dan mogelijk wanneer er samengewerkt zal worden met andere eerstelijnsdisciplines.

#### G. Afstemming werkgebieden

Het feit dat de eerstelijnsdisciplines niet dezelfde doelpopulatie kunnen worden om niet tot geformaliseerde samenwerking te komen. Om een afstemming van werkgebieden te bewerkstelligen bieden de basis-eenheden van het kruiswerk betere mogelijkheden als de praktijken van huisartsen. Deze afstemming mag echter niet ten koste gaan van de vrije artsenuitvoering. Deze moet gewaarborgd blijven aangezien de patiënt die huisarts moet kunnen kiezen die in zijn ogen de beste kwaliteit levert en waarmee hij een goede vertrouwensrelatie kan opbouwen. De vraag is of er binnen Rosmalen afstemming van werkgebieden nodig is op wijkniveau. Een andere manier voor een goede communicatie is een centrale meldpost bij het kruiswerk waartoe artsen zich kunnen wenden, zodat hij niet met alle wijkverpleegkundigen contact hoeft te onderhouden.

#### H. Samenwerking

De gemeente Rosmalen kent geen gezondheidscentra of hometeams. De enige bestaande gestructureerde samenwerkingsvorm is het eerstelijns-overleg, dat één keer per maand plaatsvindt op initiatief van de eerstelijns zelf. Vooralsnog nemen hieraan slechts de helft van de huisartsen deel (één volledige waarneemgroep). Verwacht wordt dat de andere helft (alle apotheek houdende huisartsen) nog zal volgen. Doel van het overleg is op dit moment elkaar leren kennen en kennis nemen van elkaars mogelijkheden. Mevr. Vriens wil echter verder gaan. Ze wil dat de verschillende disciplines het belang van de

thuiszorg-conceptie en samenwerking onderstrepen om vervolgens bindende afspraken te maken, desnoods met verlies van een stukje eigen autonomie.

De gemeente Rosmalen is bereid om, wanneer de samenwerking van de grond komt deze ook financieel te ondersteunen (De Stichting Welzijn Ouderen, die als taak heeft op dit terrein de samenwerking te bevorderen, deels ook op het gebied van de eerstelijns, krijgt al van de gemeente een financiële bijdrage). Verder heeft de gemeente grond gereserveerd waar een gezondheidscentrum gebouwd kan worden.

Het zou wenselijk zijn dat een gemeente ook de mogelijkheid heeft om samenwerking, in het belang van thuiszorg, op de een of andere manier dwingend op te leggen, wanneer stimuleren daartoe niets uithaalt.

#### I. Patiëntenparticipatie

Rosmalen heeft geen patiëntenvereniging. Aangezien categoriale patiëntenverenigingen een eenzijdige benadering vanuit hun ziekte zullen volgen lijkt inspraak vanuit de bevolking eerder op zijn plaats. Een wezenlijke participatie is echter moeilijk te realiseren door het ontbreken van een achterban.

#### J. Overige activiteiten

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat er nog een gemeentelijk eerstlijnsbeleid is, ook niet wat de maatschappelijke dienstverlening betreft. Wat deze laatst sector betreft wordt opgemerkt dat de gemeentelijke bijdrage veel groter is als de 50% die het Rijk bijdraagt. Verder is er sprake van een regionale instelling met een werkgebied verdeeld over 11 gemeenten, die daarover moeten samenwerken.

#### K. Knelpunten

Onduidelijkheid over de toekomst en de gemeentelijke bevoegdheden vormt voor Rosmalen het grootste probleem.

#### L. Belemmerende of stimulerende factoren

Politieke samenstelling: In het algemeen speelt dit zeker een rol: daar waar de meerderheid van het college of de gemeenteraad links georiënteerd is zal de wens bestaan meer te sturen en in te grijp-

pen; daar waar er sprake is van een liberale gemeente zal er geen behoefte bestaan om in te grijpen; het CDA zal het particulier initiatief eerst voldoende kansen geven, wanneer daar niets uitkomt zal door de gemeente ingegrepen moeten worden. Pluriformiteit zal gehandhaafd moeten worden, omdat de patiënt een vrije keuze moet hebben in het aanbod. De gemeente Rosmalen is tamelijk evenwichtig samengesteld. De wethouder Volksgezondheid, mevr. Vriens, behoort tot het CDA.

bevolkingssamenstelling: Heeft geen invloed gehad op het gemeentelijk beleid. Rosmalen heeft relatief weinig bejaarden ca. 5% van de bevolking. De reden dat er toch een start gemaakt is met een ouderenbeleid komt voornamelijk voort uit de gedachte dat preventie beter is dan curatie.

veld: De verhouding met het veld is uitstekend, contact is ten alle tijden mogelijk

bevolkingsomvang: Wil er sprake zijn van een gemeentelijk beleid dan zal de gemeente toch minstens 25.000 inwoners moeten tellen.

ziekenfonds: Er zijn goede contacten met de twee ziekenfondsen, Midden-Brabant en Centraal Ziekenfonds. Ze werken onderling samen en hebben een adviseur in de commissie gezondheidsdienst (van het Stadsgewest). Ze hebben echter geen stimulerende of belemmerende invloed gehad.

Rijk: Heel veel gemeentebesturen kunnen de ontwikkelingen omtrent de WVG/WGM niet meer bijbenen en dat heeft geleid tot een afwachtende houding.

Geïnterviewde: dhr. Coymans en dhr. Klaus (beleidsfunctionarissen)  
Organisatie: gemeente Apeldoorn  
Datum: 9 december 1985

#### A. Intergemeentelijk samenwerkingsverband

De gemeente Apeldoorn maakt als kerngemeente (145.000 inwoners) deel uit van het al lang bestaande samenwerkingsorgaan Oost-Veluwe (SOV). Verder nemen een drietal kleinere gemeenten deel: Epe, Voorst en Brummen. Het samenwerkingsverband heeft een aantal verschillende taken van de afzonderlijke gemeenten op zich genomen. Het orgaan heeft naast een dagelijks bestuur een algemeen bestuur, waar de bestuurders van de verschillende deelnemende gemeenten in zitten. Daarnaast is een portefeuillehouders volksgezondheid beraad. De in dit beraad genomen besluiten gaan als voorstellen naar het bestuur. In de praktijk worden deze vrijwel zonder uitzondering bekrachtigd. Het samenwerkingsorgaan heeft op dit moment geen taak specifiek op het gebied van de elgz of in het algemeen voor de gezondheidszorg, behalve voor de centrale post ambulance vervoer. Wat betreft de basisgezondheidsdienst is recent door een ambtelijke commissie het eindrapport vastgesteld. Dit zal op bestuurlijk niveau behandeld worden, waarna de basisgezondheidsdienst eveneens tot een intergemeentelijke taak kan gaan behoren. Eveneens is er regelmatig overleg tussen de volksgezondheidsambtenaren van de verschillende gemeenten. Daarin is de elgz ter sprake gekomen. Inmiddels bestaat daar de gedachte om de "elgz-taak" door de afzonderlijke gemeenten te laten vervullen maar wel zodanig dat er onderling overeenkomende systematiek is.

Het gebied van het samenwerkingsorgaan Oost-Veluwe komt overeen met de voorgestelde WGR-gebiedsindeling en dus ook de WVG-subregio. Volgens de provincie Gelderland zal de gemeente Heerde daar nog aan toegevoegd moeten worden. Heerde richt zich echter meer op Zwolle dat op 5 km. afstand ligt (de afstand tot Apeldoorn is  $\pm$  30 km.) Waarschijnlijk zal Gelderland de provinciegrens stringent hanteren. Het gebied rond Apeldoorn ligt vrij geïsoleerd (door de Veluwe) van de rest van Gelderland. Er is dan ook sprake van provinciegrensoverschreiding binnen de steden driehoek Apeldoorn, Zutphen en Deventer. Dit gebied fungeert als WZV-regio omdat het een zodanige eenheid vormt dat het voor de hand ligt hier een samenhangend stelsel van voorzieningen na te streven.

Het samenwerkingsverband Oost-Veluwe functioneert op ambtelijk niveau zeer goed vooral ook doordat de contacten op het persoonlijk

vlak goed zijn. Bestuurlijk is de samenwerking ook goed, alhoewel daar de factor politiek en de normale tegenstellingen tussen kern en kleinere gemeenten wel eens spanningen opleveren.

## B. BOM

-Gebiedsindeling: Voor Apeldoorn zijn er geen problemen geweest met de gebiedsindeling, tenminste niet voor de eerste lijn. Wel zijn er problemen voor wat de tweedelij n betreft (steden driehoek, fuserende ziekenhuizen).

-Taakverdeling: De gemeente Apeldoorn staat op het standpunt dat wat lokaal gedaan kan worden ook op dat niveau moet gebeuren bijv. de taken op het terrein van de elgz. Daar waar grensoverschrijdingen zijn is afstemming met omliggende gemeenten gewenst. Een voorbeeld hiervan is het dorp Klarenbeek.

Voor de helft valt dit onder gemeente Apeldoorn voor de andere helft onder Voorst. Hiervoor zal interlokaal samengewerkt moeten worden. Over een definitieve taak afbakening is echter nog niet beslist wel ligt er een nota van de provincie.

-Overleg/advies structuur: Op papier zijn er ambtelijke voorstellen voor een reglement m.b.t. de samenstelling en taken van de vestigingscommissie en plancommissie. Op het moment dat de planningsbevoegdheden komen zal hiervan gebruik worden gemaakt. Daarnaast zijn er met oog op een spoedige komst van de WVG in het verleden oriënterende gesprekken geweest met ziektekostenverzekeraars, PHV, Kruiswerk etc.. Door de onduidelijkheid in de te verwachten wetgeving (de WGM schrijft iets anders voor als de WVG) heeft de gemeente zich de afgelopen periode wat terughoudend opgesteld en andere prioriteiten gesteld.

-Informatievoorziening: De informatievoorziening is nog niet aan de orde geweest. Wellicht zijn bepaalde gegevens te verkrijgen maar ook hier wordt gewacht op de formele bevoegdheden.

## C. Beleidsnota's

De gemeente Apeldoorn beschikt over een beleidsnota eerstelijnsgezondheidszorg uit 1982. Deze is naar aanleiding van een spoedig te verwachten invulling van de WVG en op initiatief van de toenmalige wethouder (CDA) opgesteld. Ook de interesse van het toenmalige hoofd van de afdeling welzijnszaken heeft daarbij een rol gespeeld. (Voorafgaande aan de nota is namelijk een vacature gecreeërd). De nota is door alle politieke partijen goed ontvangen en door de gemeenteraad

bekrachtigd.

Op grond van een College-besluit wordt er gezien de trage ontwikkelingen omtrent de WVG geen hoge prioriteit en uitvoering aan gegeven. Wel zijn naar aanleiding van de nota de hierboven genoemde reglementen samengesteld en de gesprekken met het veld gevoerd. Momenteel zijn er op ambtelijk niveau ideeën om eens nader te onderzoeken welke mogelijkheden de gemeente heeft naast de beperkte mogelijkheden zoals die waarschijnlijk uit de WVG zullen voortkomen. Dit zijn echter nog zeer premature gedachten.

#### D. Ambtelijk apparaat/financiëring

De gemeenten van het samenwerkingsorgaan Oost-Veluwe hebben een gezamenlijke aanvraag voor de plankostenvergoeding ingediend waarop onlangs positief gereageerd is. De gemeente Apeldoorn kan nu één fulltime ambtenaar aan stellen, de kleinere gemeenten een part-timer en het samenwerkingsorgaan 1,85 ambtenaren. De geneeskundige dienst van de sector maatschappelijke zorg en gezondheidszorg van de gemeente Apeldoorn houdt zich bezig met de basis gezondheidszorg en adviseert in beperkte mate over medische vraagstukken in verband met de elgz. Daarnaast bevat dus deze sector de dienst maatschappelijk welzijn, waaronder de afdeling maatschappelijke zorg en gezondheidszorg (de heer Klaus is hiervan Hoofd, de heer Cooijmans medewerker).

#### E. Houding t.a.v. de WVG/Doelstellingen

De doelstellingen zoals die in de nota geformuleerd zijn gelden nog steeds. In grote lijnen komt dit neer op aandacht voor samenwerking binnen de elgz en het bevorderen van een goede gezondheidszorg tegen geringe kosten. Ten tijde van de nota was de gemeente Apeldoorn enthousiast en wilde met de WVG aan de slag. Inmiddels zijn de voorbereidende activiteiten enigszins beperkt omdat nog steeds niet duidelijk is wat de gemeente straks nog kan met de WVG. Wat men zou willen met de WVG is een vraag die op ambtelijk niveau niet beantwoord kan worden, dit is politiek bepaald. Het huidige college CDA/VVD (overigens geen afspiegelingscollege) heeft misschien minder behoefte aan planning van gezondheidszorg voorzieningen dan de PvdA. Deze uitspraak kan echter eerst dan op haar betekenis beoordeeld worden na het verschijnen van de programma's van de politieke partijen.



## F. Vestigingsbeleid

Er bestaat geen goed zicht op en er zijn veel vragen over de ontwikkelingen m.b.t. het vestigingsbeleid, zoals dat door het Rijk geregeld gaat worden. Bijv. in hoeverre blijven de gevestigde beroepsopdrachten hun stempel drukken op het vestigingsbeleid; hoe worden de wachtlijsten gehanteerd, kunnen vrouwen voorrang krijgen. Wanneer de gemeente de bevoegdheid krijgt, hoe beoordeelt zij dan de kwaliteit van de artsen die zich willen vestigen; zal de goodwill problematiek werkelijk opgelost worden; welke sancties heeft de gemeente ter beschikking voor die huisartsen die een praktijk omvang boven de norm hebben?

## G. Afstemming van werkgebieden

De gemeente Apeldoorn beschikt over een tweetal stichtingen voor maatschappelijke dienstverlening, die nog niet rijp zijn voor een eventuele fusie. Op het grondgebied van de gemeente Apeldoorn zijn vier kruiswerkinstellingen actief. De stad Apeldoorn wordt verzorgd door de stichting Kruiswerk Apeldoorn en omstreken. De omliggende dorpen worden gedeeltelijk door de andere bestreken. Het dorp Uddel in de gemeente Apeldoorn is wat het kruiswerk betreft zelfs op Harderwijk, dat buiten de subregio en de gezondheidsregio valt, georiënteerd. Het is een gemeenschap die zich meer verwant voelt met de geloofsovertuiging aldaar.

De instellingen van kruiswerk, maatschappelijke dienstverlening en gezinszorg hebben ieder hun gebiedsindelingen die onderling niet altijd afgestemd zijn. Binnen 5 jaar zou hier verbetering in gebracht kunnen worden. Wel kennen deze instellingen sinds kort dezelfde wijkindeling. Bij de huisartsen ligt het probleem gevoeliger. Een gedeelte wil niet territoriaal gericht werken aangezien patiënten dan gedwongen zouden worden om van huisarts te wisselen. Tijdens een themamiddag, waaraan de elgz-hulpverleners deelnamen, zijn deze aspecten in een discussie besproken. De gemeente hanteert als uitgangspunt dat de vrije artsenkeuze niet aangetast mag worden.

## H. Samenwerking

Er zijn een drietal samenwerkingsverbanden in Apeldoorn: 2 gezondheidscentra en één home-team. Tijdens de thema-middag elgz in september is er informatie uitgewisseld tussen de gemeente en de hulpverleners van de samenwerkingsverbanden. De gemeente is niet afkerig

van samenwerking in de eerste lijn. Onduidelijk is echter wat de gemeentelijke mogelijkheden zijn om samenwerking te stimuleren. Planologisch zou er bij de bouw van nieuwe wijken rekening gehouden moeten worden met de mogelijkheid om een gezondheidscentrum op te zetten. Financiële ondersteuning wordt niet gegeven omdat de gemeente vindt dat artsen als vrije ondernemers beschouwd moeten worden.

## I. Gebruikersparticipatie

In de gemeente Apeldoorn is er een stichting die de patiënten belangen behartigt. De gemeente zal waarschijnlijk een initiatief om deze stichting om te zetten in een vereniging, die ondermeer het ontstaan van patiëntengroeperingen op wijkniveau zal nastreven, middels een subsidie honoreren.

## J. Afzonderlijke beroepsgroepen/instellingen

Op grond van artikel 47 ZFW wordt door het ziekenfonds voor fysiotherapeuten een vestigingsbeleid gevoerd. De gemeente weet waar de vestigingspunten zijn, maar niet hoeveel fysiotherapeuten op zo'n punt werkzaam zijn. Ze houdt zich nog niet bezig met de gedachte om het vestigingsbeleid voor fysiotherapeuten van het ziekenfonds over te nemen. Zij kan dat ook (nog) niet. De vestiging van een nieuwe apotheek in de wijk Orden is na tegenstand van de gevestigde apothekers uiteindelijk toch gelukt. De gemeente heeft zich hier voor ingezet.

## L. Achtergronden

- Politieke samenstelling: De politieke partijen hebben ieder hun eigen idee over de gezondheidszorg; echter ook hier zijn de marges niet al te groot.
- Bevolkingssamenstelling: heeft geen invloed gehad.
- Veld: In zijn algemeenheid zijn er geen echte tegenstellingen of spanningen gesignaleerd. Tussen de gemeente (ambtenaren) en het veld zijn er goede relaties. In tegenstelling tot andere gemeenten zijn ook de huisartsen goed georganiseerd en als één groep aanspreekbaar middels de PHV.
- Ligging: De indruk bestaat dat de discussie tussen kruiswerk en huisartsen over al of niet territoriaal te werken (i.v.m. afstemming werkgebieden) in de stad heviger gevoerd wordt dan op het platteland. De rol van de gemeente hierin is nog niet ter sprake gekomen.

-Financiën/plankosten vergoeding: De plankostenvergoeding is door het Rijk van fl. 80.000,-- teruggeschroefd naar fl.52.000,--. Dit is voor de gemeente een grote tegenvaller geweest.

### **BIJLAGE III: Lijst van gebruikte afkortingen**

AMvB	Algemene Maatregel(en) van Bestuur
BOM	Bestuursorganisatorische Maatregel(en)
KSW	Kaderwet Specifiek Welzijn
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
PHV	Plaatselijke Huisartsen Vereniging
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
WGM	Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regelingen
WVC	(Ministerie van) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuis Voorzieningen