

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

16 FEB. 1988

GEMEENTELIJK BELEID VOOR DE EERSTELIJS(GEZONDHEIDS)ZORG

EINDRAPPORT

D.H. de Bakker

december 1987

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

COMMITTEE BELEID VOOR DE EERSTELIJNS(GEZONDHEIDS)ZORG

EINDRAPPORT

D.H. de Bakker

december 1987

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bakker, D.H. de

Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg :
eindrapport / D.H. de Bakker. - Utrecht : Nederlands Instituut voor
Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-063-3

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

Trefw.: eerstelijnsgezondheidszorg ; Nederland ; gemeentebesleid.

VOORWOORD

Voor u ligt het eindrapport van 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 is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en moet tegen de achtergrond worden gezien van de mogelijke **invoering van de WVG**. Bij een evaluatie van wat die wetgeving te zijner tijd zou opleveren aan gemeentelijk beleid, is een inventarisatie van de huidige beleidsactiviteiten als vergelijkingsbasis noodzakelijk. Nu het onwaarschijnlijk is dat de WVG nog ingevoerd zal worden, kan de inventarisatie een bijdrage leveren aan de discussie over de mogelijke rol van de gemeente ten aanzien van de eerstelijns. 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.

In het kader van dit onderzoeksproject zijn reeds twee rapporten verschenen. In het eerste **interimrapport** (De Bakker, Wulms) zijn op basis van documentanalyse en interviews gemeentelijke mogelijkheden en gemeentelijke activiteiten ten aanzien van de eerstelijns verkend. Het tweede rapport (Wulms, 1987) bevat een analyse van gemeentelijke **beleidsnota's** waarin de eerstelijns aan de orde komt. In dit eindrapport staat een verslag van een onder Nederlandse gemeenten uitgevoerde **schriftelijke enquête** centraal.

Het onderzoek is begeleid door een commissie, bestaande uit:

- Drs. F. Gardenbroek, WVC Hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg
- Drs. I. Zengerink, WVC Hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg
- Drs. W. Joling WVC, Stafafdeling Beleidsontwikkeling
- Drs. M. Schrijver, Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Dhr. J. Geurts, medewerker ATIS

Een belangrijke bijdrage aan de totstandkoming van de schriftelijke enquête en de uitvoering ervan is geleverd door Paul Wulms. De tekstverwerking was in handen van Simone Kerkhove.

Tenslotte gaat een woord van dank uit naar de ambtenaren van gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden die tijd hebben kunnen vinden om de uitvoerige vragenlijst in te vullen.

INHOUD

	pag.
1. INLEIDING	1
2. GEMEENTELIJK BELEID EN DE EERSTELIJS(GEZONDHEIDS)ZORG	5
2.1. Inleiding	5
2.2. De formele beleidsruimte	5
2.3. De materiële beleidsruimte	8
2.4. Decentralisatie in discussie	11
2.5. Verklaring van intergemeentelijke verschillen	15
2.6. Conclusie: de te verwachten gemeentelijke activiteit	19
3. OPZET VAN DE INVENTARISATIE	21
3.1. Inleiding	21
3.2. De operationalisatie van de beleidsvariabelen	21
3.3. Onderzoeksopzet: schriftelijke enquête onder gemeenten	25
3.4. Verloop van de enquête en non-respons	26
3.5. Opbouw van de inventarisatie	30
4. INTERGEMEENTELIJKE SAMENWERKING	31
4.1. Inleiding	31
4.2. Regionalisatie	32
4.3. De intensiteit van de samenwerking	35
4.4. De wijze waarop de samenwerking is vormgegeven	38
4.5. De plankostenvergoeding	39
4.6. Conclusie	43
5. GEMEENTELIJKE BELEIDSVORMING	45
5.1. Inleiding	45
5.2. Mankracht ter voorbereiding en uitvoering van een eerstelijnsbeleid	45
5.3. Gemeentelijke nota's op het terrein van de el(g)z	48
5.4. Beleidsuitgangspunten	50
5.5. Contacten met het veld	54
5.6. Conclusie	59
6. VESTIGINGSBELEID	61
6.1. Inleiding	61
6.2. Zelfstandige versus regionale uitvoering	63
6.3. Informatieverzameling over de praktijkomvang	64
6.4. De praktijkomvang	65

6.5.	De capaciteit	69
6.6.	Een gemeentelijk beleidskader	73
6.7.	De vestigingsadviescommissie	77
6.8.	Conclusie	80
7.	SAMENWERKING	81
7.1.	Inleiding	81
7.2.	Samenwerkingsvormen en gemeentelijke voorkeur	81
7.3.	Bevordering van samenwerkingsvormen	83
7.4.	Ondersteuning van samenwerkingsvormen	85
7.5.	Instrumenten bij bevordering en ondersteuning	86
7.6.	Conclusie	87
8.	AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN	89
8.1.	Inleiding	89
8.2.	Afstemming van werkgebieden op 'directieniveau'	89
8.3.	Afstemming van werkgebieden op 'hulpverlenersniveau'	91
8.4.	Conclusie	92
9.	GEBRUIKERSPARTICIPATIE	94
9.1.	Inleiding	94
9.2.	Ondersteuning van patiëntenorganisaties	94
9.3.	Ondersteuning van vrijwilligersorganisaties	96
9.4.	Conclusie	97
10.	EEN VERKLARINGSMODEL VOOR INTERGEMEENTELIJKE VERSCHILLEN	98
10.1.	Inleiding	98
10.2.	De beleidsvariabelen	98
10.3.	De omgevingsfactoren	100
10.4.	De politieke systeemfactoren	104
10.5.	Modelspecificatie	106
11.	EMPIRISCHE TOETSING VAN HET MODEL	110
11.1.	Inleiding	110
11.2.	Interne relaties	111
11.3.	De invloed van politiek en omgeving op het beleid	114
11.4.	De invloed van de individuele politieke en omgevingsvariabelen	116
11.5.	Beleideffecten	120
11.6.	Conclusie	124
12.	CONCLUSIE	126
12.1.	Samenvatting van het inventariserend onderzoek	126
12.2.	Samenvatting van het verklarend onderzoek	130

Bijlage A: De enquête

Bijlage B: De berekening van betrouwbaarheidsintervallen

Bijlage C: Ontwikkeling van indicatoren voor de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen per gemeente

Bijlage D: Correlaties tussen omgevingskenmerken, politieke kenmerken en beleidskenmerken onderling



1. INLEIDING

Het is nog maar enkele jaren geleden dat de eerstelijns(gezondheids)zorg en de gemeente voor elkaar voorbestemd leken. De **Wet Voorzieningen Gezondheidszorg** (WVG) werd in 1982 aangenomen door de Tweede Kamer, wat een belangrijke stap was in een ontwikkeling die in gang gezet was door de Structuurnota uit 1974. De WVG behoefde nog slechts te worden ingevoerd om de doelstellingen met betrekking tot **regionalisatie** te kunnen verwezenlijken. Decentrale planning van de gezondheidszorg in geografisch beperkte gebieden, waarbinnen een samenhangend stelsel van voorzieningen moet gaan functioneren, zou daarmee immers worden mogelijk gemaakt. Door het niet doorgaan van de gewestvorming was de gemeente (al of niet in onderlinge samenwerking) het meest voor de hand liggende niveau waarop de planning zou moeten plaatsvinden.

Vanaf het begin staat de WVG aan nogal wat kritiek bloot. Van verschillende zijden is gewezen op de te **ingewikkelde planprocedures** en op het **ontbreken van een relatie tussen de planning en de financiering** van de gezondheidszorg. Een en ander is er mede oorzaak van dat de invoering van de WVG veel trager verloopt dan aanvankelijk is voorzien. De noodzaak tot deregulering was naast het inpassen van dat de maatschappelijke dienstverlening een belangrijk element uit de in 1983 aangekondigde Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (de WGM). In 1986 werd de WGM echter ingetrokken om weer terug te vallen op de 'oude' WVG. Sinds het verschijnen van het rapport van de **Commissie Dekker** (april 1987) en het daarop volgende **regeringsstandpunt** staat nu ook de WVG ter discussie.

Is met het accepteren van de voorstellen van de Commissie Dekker de kans op een eigen rol van de gemeenten op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg verkeken? Het moge duidelijk zijn dat de rol van de overheid in het algemeen en de gemeente in het bijzonder teruggedrongen wordt. Een zekere bemoeienis van de gemeente met de eerstelijns zal echter blijven. Deze vloeit in de eerste plaats voort uit de **autonome taak van de gemeente op het gebied van de volksgezondheid** voortvloeiend uit artikel 168 van de Gemeentewet. Dit artikel geeft gemeenten de bevoegdheid verordeningen te maken die onder andere in het belang van de volksgezondheid worden vereist. Verder is het zo dat gemeenten in het verleden zonder over concrete bevoegdheden te beschikken ook activiteiten op het gebied van de eer-

stelijns(gezondheids)zorg hebben ontplooid. Gedacht kan daarbij worden aan het bemiddelen in conflicten, het bieden van een platform voor overleg, het stimuleren van gezondheidscentra en dergelijke. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten ziet in haar **reactie op de voorstellen van de Commissie Dekker** ook een belangrijke rol voor gemeenten weggelegd als die inderdaad worden uitgevoerd. In de eerste plaats is dat de rol van bewaker van het openbaar belang. In de door Dekker voorgestelde **kwaliteitswetgeving** zijn factoren als samenhang, bereikbaarheid en toegankelijkheid van belang. Deze factoren hangen samen met plaatselijke en regionale omstandigheden en ook met het lokale beleid op het gebied van wonen, werken en welzijn. Daarom zou binnen de kwaliteitswet de bevoegdheid tot het stellen van eisen op dit gebied aan de lagere overheden kunnen worden gedelegeerd. In het regeringsstandpunt inzake de voorstellen van de Commissie Dekker wordt inderdaad de verwachting uitgesproken dat de gemeenten in dat opzicht een rol kunnen blijven vervullen. Ten tweede zouden gemeenten een soort makelaarsfunctie (door het bij elkaar brengen van de partijen, het stimuleren van samenwerking, enz.) kunnen gaan spelen bij de onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders van zorg. De lagere overheid zou zelfs kunnen gaan deelnemen aan de markt zowel als aanbieder van zorg als in de rol van verzekeraar. Tenslotte wijst de VNG op de vangnetfunctie van de gemeente. Doordat bepaalde voorzieningen buiten het basispakket vallen (tandartsen, fysiotherapie) zal een groter beroep op de bijstandswet worden gedaan en daarmee op de gemeentelijke sociale dienst.

Ten tijde van deze turbulente ontwikkelingen ten aanzien van de gemeentelijke bevoegdheden op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg is een **inventariserend onderzoek** uitgevoerd naar gemeentelijke activiteiten op dit terrein. Doelstelling van het onderzoek was om aan de vooravond van de invoering van de WVG inzicht te verkrijgen in de gemeentelijke beleidsactiviteit, dit als 'nulmeting' om een evaluatie van wat de wetgeving te zijner tijd heeft opgeleverd mogelijk te maken. Door het niet doorgaan van de WVG valt deze doelstelling in het water, maar zoals uit het bovenstaande moge blijken is daarmee de rol van de gemeente niet uitgespeeld. Wij hopen daarom met dit onderzoek een zinvolle bijdrage te kunnen leveren aan de discussie over de rol die de gemeente kan gaan spelen op het terrein van de eerstelijns(gezondheids)zorg.

De tweede doelstelling van het onderzoek is inzicht verschaffen in

factoren die **verschillen tussen gemeenten in mate van activiteit verklaren**. Deze doelstelling wint relatief aan gewicht naarmate de WVG meer op de achtergrond raakt. Inzicht in factoren, die de gemeentelijke activiteit verklaren, geeft informatie over de te verwachten mate van succes van andere decentralisatie operaties. Bovendien kunnen daarmee wellicht uitspraken worden gedaan over de gemeentelijke invloed op verschillen in aanbod tussen gemeenten. Als voorbeeld kan genoemd worden het al of niet aanwezig zijn van gezondheidscentra. Voorbeelden van factoren, die van invloed zouden kunnen zijn op het gemeentelijk beleid, zijn de gemeentegrootte, de urbanisatiegraad, de politieke samenstelling van de gemeentelijke organen enzovoort.

De tweeledige doelstelling van het onderzoek heeft geleid tot een tweeledige **probleemstelling**, die als volgt luidt:

- Welke beleidsactiviteiten ontplooiën de Nederlandse gemeenten op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg
- In hoeverre kunnen verschillen in gemeentelijke activiteit ten aanzien van de eerstelijns(gezondheids)zorg worden verklaard uit structurele of politieke kenmerken van die gemeenten?

De literatuurverkenning die ten behoeve van beide deelprobleemstellingen is verricht, wordt gerapporteerd in hoofdstuk 2. Ingegaan wordt op de te verwachten gemeentelijke activiteit en op factoren die mogelijk ten grondslag liggen aan verschillen in gemeentelijke activiteit. Ook resultaten van de eerdere fasen uit het project gemeentelijk beleid komen aan de orde.

Na hoofdstuk 2 gaan de wegen uiteen. In hoofdstuk 3 tot en met 9 wordt verslag gedaan van het inventariserende deel van het onderzoek (eerste deelprobleemstelling). Het 'verklarende' deel (tweede deelprobleemstelling) wordt behandeld in de hoofdstukken 10 en 11. De resultaten van beide delen worden samengevat in hoofdstuk 12, waarin tevens de conclusie is opgenomen.

De opzet van de inventarisatie van gemeentelijke activiteit wordt verantwoord in hoofdstuk 3. Gekozen is voor een schriftelijke enquête onder Nederlandse gemeenten. De opzet en uitvoering van die enquête wordt besproken en er vindt een non-responsanalyse plaats. De resultaten van de enquête worden themagewijs gepresenteerd in de hoofdstukken 4 tot en met 9. De mate waarin de gemeenten bij de voorbereiding, bepaling en uitvoering van een eerstelijnsbeleid in-

tergemeentelijk samenwerken, komt in hoofdstuk 4 aan de orde. Hoofdstuk 5 richt zich op de gemeentelijke beleidsvorming, zoals die naar voren komt uit de formulering van doelstellingen, uitgangspunten en dergelijke en uit het uitbrengen van beleidsnota's. Ook wordt ingegaan op de contacten die men met het veld onderhoudt en op de knelpunten, die bij het onderhouden van die contacten optreden. Het vestigingsbeleid komt aan de orde in hoofdstuk 6. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de wijze van uitvoering van het Vestigingsbesluit, de situatie met betrekking tot de praktijkomvang en de capaciteit, de vraag welke criteria de gemeenten stellen aan nieuw te vestigen huisartsen en de rol van de vestigingsadviescommissie. Gemeentelijke activiteit ten aanzien van (multidisciplinaire) samenwerking, afstemming van werkgebieden en gebruikersparticipatie komen respectievelijk in de hoofdstukken 7, 8 en 9 aan de orde.

De opzet voor de analyses van intergemeentelijke verschillen wordt gegeven in hoofdstuk 10. Er wordt een model gespecificeerd waarin politieke en structuurkenmerken inwerken op het gemeentelijk beleid. De empirische toetsing van het model vindt tenslotte plaats in hoofdstuk 11.

2. GEMEENTELIJK BELEID EN DE EERSTELIJS(GEZONDHEIDS)ZORG

2.1. Inleiding

De vraag, die in dit hoofdstuk centraal staat, is **wat we aan gemeentelijke activiteit kunnen verwachten** op het terrein van de eerstelijns(gezondheids)zorg. Daarbij wordt tevens ingegaan op de vraag welke factoren ten grondslag kunnen liggen aan verschillen in beleid tussen gemeenten. Gebruik is gemaakt van de resultaten van de eerste fasen van het project gemeentelijk beleid (De Bakker en Wulms 1986, Wulms 1987). Bovendien is een literatuurverkenning verricht naar gemeentelijke beleidsvoering in het algemeen en oorzaken van verschillen tussen gemeenten in het bijzonder.

De te verwachten gemeentelijke activiteit is afhankelijk van de mogelijkheden die men heeft om een beleid te voeren. Met Roes e.a. (1987, p. 50) wordt een onderscheid gemaakt tussen **formele en materiële beleidsruimte**. Vanuit een bestuurlijk-juridische benadering kan de formele beleidsruimte worden bepaald door te kijken naar de bevoegdheden van gemeenten zoals die wettelijk zijn vastgelegd. In paragraaf 2.2 wordt hierop nader ingegaan. Vanuit een bestuurs-sociologische invalshoek wordt de materiële beleidsruimte afgeleid uit de activiteiten van de gemeente zelf. In paragraaf 2.3 wordt hierop ingegaan aan de hand van interviews die bij gemeenten zijn gehouden en een analyse van gemeentelijke beleidsnota's.

Op het moment dat dit onderzoek werd uitgevoerd, was een uitbreiding van de formele beleidsruimte op handen doordat invoering van de WVG op stapel stond. Die invoering zou een belangrijke **bestuurlijke decentralisatie** van bevoegdheden naar de gemeenten betekenen. Aangezien een belangrijk deel van de te verwachten gemeentelijke activiteit hiermee verband houdt, wordt in paragraaf 2.4 ingegaan op de resultaten van onderzoekingen naar bestuurlijke decentralisatie op andere terreinen. In paragraaf 2.5 wordt aan de hand van de beschikbare literatuur ingegaan op mogelijk verklarende factoren voor verschillen in gemeentelijke activiteit tussen gemeenten.

2.2. De formele beleidsruimte

Voor een uitvoerig overzicht van de wettelijke mogelijkheden die een gemeente heeft om een beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg te

voeren, wordt verwezen naar De Bakker en Wulms (1986). Hier wordt volstaan met een geactualiseerde samenvatting van de resultaten van dat rapport.

Tot voor kort waren de formele mogelijkheden voor een gemeente om een beleid te voeren gering. De in de inleiding genoemde Gemeentewet stelt gemeenten in staat verordeningen te maken die in het belang van de gezondheid worden vereist. De **Gemeentewet** verschaft de gemeenten in elk geval wel een legitieme reden om zich met de eerstelijns bezig te houden. Zij vormt dan ook de basis van bemoeienis van de gemeenten met de eerstelijns in de sfeer van bemiddeling, subsidiëring, het bieden van een overlegplatform en dergelijke. Pogingen in het verleden om op basis van de Gemeentewet een vestigingsbeleid te voeren hebben echter geen resultaten mogen opleveren. Ten tweede kan de **Wet op de Ruimtelijke Ordening** worden genoemd, waarin de mogelijkheid ligt opgesloten via de bestemmingsvoorschriften behorend bij een bestemmingsplan voor te schrijven of in een woonhuis al of niet een praktijk mag worden gevestigd. In de praktijk is deze bevoegdheid gebruikt bij het plannen van gezondheidscentra (Swinkels 1981). De mogelijkheden die de WRO biedt, mogen evenwel als gering worden gezien.

Bij invoering van de **Wet Voorzieningen Gezondheidszorg** zouden gemeenten aanzienlijk meer bevoegdheden krijgen die ook meer specifiek op de eerstelijns zijn gericht. Ten eerste is er de bevoegdheid tot het opstellen van plannen voor instellingen in de eerstelijns (bijvoorbeeld kruisverenigingen, instellingen voor maatschappelijke dienstverlening) en de afgifte van erkenningen aan instellingen op basis van die plannen. Ten tweede zouden gemeenten de bevoegdheid krijgen om een vestigingsbeleid te voeren voor vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijns. De formele beleidsruimte die hieruit resulteert, wordt beperkt door richtlijnen en kwaliteitseisen die de overheid bij het invoeren van de WVG kan stellen. De WVG is echter nooit ingevoerd en het is onwaarschijnlijk dat dit zal gebeuren. In het voorlopige regeringsstandpunt over Dekker wordt de WVG niet eens meer genoemd. Wel wordt geconstateerd dat het aspiratieniveau van de overheid in vele opzichten (met name ten aanzien van de planning) te hoog is. Als uitgangspunt wordt dan ook genoemd een verschuiving van overheidsregulering naar markt- en zelfregulering van de zorg.

De WVG heeft één concrete maatregel opgeleverd die de mogelijkheden voor een gemeentelijk beleid voor de eerstelijns heeft verruimd. Dat is het **Vestigingsbesluit Huisartsen**. Sinds 1 februari 1986 is de vestiging van huisartsen aan een vergunning verbonden die door burgemeester en wethouders moet worden afgegeven. De mogelijkheden die

dit gemeenten biedt, worden beperkt doordat exact is vastgesteld op welke gronden B&W een vergunning mag weigeren. In feite mag (enige uitzonderingen daar gelaten) alleen worden geweigerd indien de vestiging niet voldoet aan landelijk vastgestelde normen met betrekking tot de praktijkomvang en de capaciteit aan huisartsen en wanneer de vestiging niet bijdraagt aan een evenwichtige spreiding van huisartsen over de gemeente. In de uitwerking van het begrip 'evenwichtige spreiding' ligt enige beleidsruimte voor de gemeente.

De gemeente kan dus via het vestigingsbeleid enige invloed uitoefenen op de huisartsenzorg. De enige andere eerstelijnsdiscipline waarmee de gemeente een formele band heeft, is het algemeen maatschappelijk werk. De **rijksbijdrageregeling maatschappelijke dienstverlening** valt sinds 1982 onder de bevoegdheden van de gemeente. In feite is de financiering gesplitst. Van de rijksbijdrage blijft 50% onder controle van het Rijk. De gemeente heeft zeggenschap over de andere 50%.

Bovenstaande bevoegdheden gelden voor alle gemeenten in Nederland. Daarnaast zijn ook een aantal bevoegdheden gedecentraliseerd in een beperkt aantal gemeenten als experimenten met decentralisatie op bepaalde terreinen. We noemen de volgende:

- In de zogenaamde **integrale invoeringsgebieden** (de provincie Limburg en de regio's Eindhoven en Kennemerland) zou worden geëxperimenteerd met een integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (op basis van artikel 41, het zogenaamde experimenteerartikel).
- De gemeente **Almere** is aangewezen als een proefgebied, waar de gezondheidszorg vanuit een versterkte eerstelijns kan worden opgebouwd in de vorm van een samenhangend stelsel van voorzieningen (eveneens op basis van het experimenteerartikel uit de WVG). Alle eerstelijns hulpverleners zijn hier in loondienst van een Eerstelijnsvereniging Almere.
- In een elftal proefgebieden wordt geëxperimenteerd met de al eerder ingetrokken **Kaderwet Specifiek Welzijn**; de decentralisatie betrof hier een aantal regelingen (waaronder de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening, de subsidiëring van de gezinsverzorging en Voorlopige Stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg) in de vorm van een brede doeluitkering; de gemeenten kregen op deze wijze de mogelijkheid te schuiven tussen de budgetten van de verschillende voorzieningen die uit deze regelingen worden betaald.
- In de vier grote steden is de financiering van de **gezinszorg** gede-

centraliseerd.

Tot zover het juridische kader waarbinnen gemeenten activiteiten op het gebied van de eerstelijns kunnen ontplooiën. Geconcludeerd kan worden dat de formeel-juridische mogelijkheden niet groot zijn. Dit geldt in elk geval voor de Gemeentewet en de Wet op de Ruimtelijke Ordening. De WVG heeft de afgelopen jaren het uitzicht op meer bevoegdheden vergroot, maar heeft uiteindelijk alleen geleid tot het Vestigingsbesluit Huisartsen. Dit besluit biedt de gemeenten formeel niet veel beleidsvrijheid. Hoe groot de beleidsruimte die het Vestigingsbesluit biedt, exact is valt op dit moment nog niet te zeggen omdat het besluit nog maar kort van kracht is. Jurisprudentie op dit terrein is nog in ontwikkeling.

2.3. De materiële beleidsruimte

Uitgaande van de formeel-juridische mogelijkheden is er dus weinig activiteit van gemeenten te verwachten. Als er tenminste van uit wordt gegaan dat de belangstelling van gemeenten om een beleid te gaan ontwikkelen afhankelijk is van de mate van invloed die men kan doen gelden. Verschillende onderzoekers stellen echter dat de **gemeentelijke invloed verder kan reiken dan de formeel-juridische kaders aangeven**. Toonen (1981) en Derksen (1985) illustreren dit vooral aan de hand van de relatie tussen de rijksoverheid en de lokale overheden. Zo beargumenteerde Toonen dat gemeenten door de fragmentatie op rijksniveau in staat zijn hun eigen 'policy-mix' samen te stellen door bijvoorbeeld bij een ander ministerie aan te kloppen als een bepaald ministerie weigert een project te financieren (het verbouwen van een gezondheidscentrum als werkgelegenheidsproject bijvoorbeeld). Derksen (1985) toonde de grotere lokale invloed aan in het beleid rond de bescherming van stads- en dorpsgezichten en de invloed van de gemeenteraad op burgemeestersbenoemingen.

In hoeverre een grotere feitelijke beleidsvrijheid bestaat dan formeel mag worden aangenomen ten aanzien van de eerstelijns(gezondheids)zorg is de vraag. Voordat daar in hoofdstuk 3 in theoretische zin op wordt ingegaan, wordt eerst nagegaan wat op dit moment bekend is over de gemeentelijke activiteit. In eerdere fasen van het project gemeentelijk beleid is ter oriëntatie een **interviewronde** onder gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden gehouden (De Bakker en Wulms, 1986) welke ons een globaal inzicht verschaft in de gemeentelijke activiteit. Verder zijn een aantal **gemeentelijke be-**

meentelijke beleidsnota's op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg inhoudelijk geanalyseerd (Wulms, 1987).

Omdat het er bij de interviewronde om te doen was vooral inzicht te verkrijgen in de range aan door de gemeenten ondernomen activiteiten zijn gemeenten benaderd waarvan bekend was dat zij al enige activiteit op dit terrein hadden ontplooid. Dat in aanmerking nemend, was de uiteindelijk **geconstateerde activiteit gering**. Ten tijde van de interviewronde (najaar 1985) speelde in de eerste plaats de voorbereiding op de invoering van de WVG. In het kader daarvan moest een pakket aan bestuurlijke-organisatorische maatregelen worden genomen. De geïnterviewde gemeenten hadden hier problemen mee omdat er onzekerheid was hoe allerlei zaken moeten worden geregeld. Zo was onzeker hoe de adviesstructuur er uit zou gaan zien (ex-WVG of ex-WGM?), was er onduidelijkheid omtrent de positie van de maatschappelijke dienstverlening, enz. Wel was er grote eenstemmigheid over de noodzaak van de WVG om een gemeentelijk beleid voor de eerstelijns te doen slagen. De vertraging bij de invoering van de WVG werd gezien als de belangrijkste belemmering voor de totstandkoming van een gemeentelijk beleid.

Activiteiten die buiten het kader van de voorbereiding van de invoering van de WVG vielen, hadden een ad hoc en versnipperd karakter. Bovendien werden nogal wat activiteiten achteraf als mislukt bestempeld. Opvallend was dat veel activiteiten op initiatief van het veld tot stand kwamen. Het gemeentelijk beleid bleek **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 het beschikbaar stellen van subsidies, hetzij secretariael, hetzij door het beschikbaar stellen van ruimte. Het scala aan ontwikkelde activiteiten is hierdoor bijzonder groot, maar de invloed op de ontwikkelingen in de eerstelijns lijkt gering. De animo om met een vestigingsbeleid aan de gang te gaan, was bij de onderzochte gemeenten duidelijk aanwezig. Voor samenwerkingsbevordering en afstemming van werkgebieden was aanmerkelijk 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.

Een mogelijke activiteit van gemeenten op het terrein van de eerstelijns(gezondheids)zorg is het uitbrengen van een beleidsnota. Door Wulms (1987) zijn een **veertigtal gemeentelijke beleidsnota's inhoudelijk geanalyseerd**. De kanttekening moet worden gemaakt dat wanneer een gemeente haar beleid op schrift heeft gesteld en in de openbaar-

heid heeft gebracht dat niet hoeft te betekenen dat die gemeente ook daadwerkelijk een beleid voert. De interviewronde leverde voorbeelden op van een nota die door een portefeuillehouderswisseling in een la terecht was gekomen en een nota die nooit in de gemeenteraad behandeld is. Bovendien hoeft het ontbreken van een beleidsnota niet te betekenen dat er geen beleid wordt gevoerd.

De meeste gemeentelijke beleidsnota's blijken te zijn geschreven vanuit het motief dat men wilde anticiperen op de in het vooruitzicht gestelde wettelijke bevoegdheden (de toegezegde bestuurlijke decentralisatie op grond van de WVG). Alleen in de jaren zeventig waren nota's voortkomend uit een specifiek lokale behoefte (bijvoorbeeld een nieuwbouwwijk) of meer algemene wensen van zorginhoudelijke aard (bijvoorbeeld versterking van de eerstelijns) in de meerderheid.

Slechts een klein deel van de nota's is puur bestuurlijk gericht in de zin dat wordt ingegaan op de positie die de gemeente zal krijgen of voor zich ziet weggelegd en op de procedures die de nieuwe wetgeving met zich mee zal brengen. De bestuurlijke component wordt in de loop van de tijd echter wel sterker. Inhoudelijk kan worden geconstateerd dat **gemeenten in hun visie op de eerstelijns niet bijzonder creatief** zijn. De Rijksnota's zijn een belangrijke inspiratiebron waaraan opvallend veel wordt ontleend en waaruit vaak wordt geciteerd. Zo blijkt multidisciplinaire samenwerking het belangrijkste thema en verschijnen onderwerpen als afstemming van werkgebieden, zelfzorg en mantelzorg in gemeentelijke nota's nadat zij door het Rijk expliciet aan de orde zijn gesteld.

Meer dan de helft van de bestudeerde nota's hebben het karakter van een beleidsverkenning, van een inventarisatie of van een discussie-nota. Zij kunnen worden gekenschetst als beleidsvoorbereidend. De overige nota's bevatten ook beleidsbepalende elementen. De beleidsbepaling blijft echter voornamelijk beperkt tot beleidsuitgangspunten, -doelstellingen en -voornemens.

Conclusie uit de interviewronde onder gemeenten en de analyse van beleidsnota's is dat de bemoeienis van gemeenten met de eerstelijns op dit moment nog gering is. Duidelijk is dat de gemeenten zich op een voor hen nog **onbekend terrein** begeven waarop men zich aan het inwerken is. Onderscheid moet worden gemaakt tussen activiteiten die in het kader van de in het vooruitzicht gestelde bevoegdheden worden ondernomen en andere meer spontane activiteiten. Eerstgenoemde blijken in de loop van de tijd een steeds belangrijker plaats te zijn gaan innemen. Het ontbreken van activiteit kan voor een deel worden

verklaard uit het feit dat gemeenten een afwachtende houding zijn gaan aannemen door de onduidelijkheid met betrekking tot de invoering van de WVG.

Vooralsnog kan dus niet worden aangenomen dat de materiële beleidsruimte veel groter is dan uit de formeel-juridische mogelijkheden kan worden afgeleid. Juist de aanstaande verandering in taken en bevoegdheden heeft enerzijds tot een grotere activiteit geleid en anderzijds tot een meer afwachtende houding.

2.4. Decentralisatie in discussie

Een belangrijk deel van de gemeentelijke activiteit in de afgelopen jaren is dus terug te voeren op de op handen zijnde decentralisatie. De tendens naar decentralisatie ontstond in de jaren zeventig vanuit het streven het openbaar bestuur doelmatiger te doen functioneren, gekoppeld aan de politieke wens de intensiteit van de overheidsinterventie en de omvang van de overheidsorganisatie terug te dringen. Door allerlei omstandigheden verlopen de **decentralisatieoperaties tot dusver weinig succesvol**. Slechts op enkele deelterreinen zijn resultaten geboekt. De WVG is overigens zelf een sterk voorbeeld van een mislukte decentralisatie-operatie. De WVG is bovendien een voorbeeld van een andere ontwikkeling op het terrein van decentralisatie. Evenals in de reeds eerder ingetrokken kaderwet Specifiek Welzijn en de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke dienstverlening is er namelijk sprake van een **opdracht aan de gemeenten tot het ontwikkelen én uitvoeren van een nader omschreven beleid** (evenals de reeds eerder ingetrokke Kaderwet Specifiek Welzijn en de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening). Dit in tegenstelling tot voorheen toen alleen sprake was van opdrachten tot het uitvoeren van een bepaalde taak. Deze ontwikkeling van 'mechanisch vooral uitvoerend medebewind' naar 'dynamisch, meer innovatief medebewind' (Roes e.a., 1987 p. 40) gaat wel gepaard met zeer **gedetailleerde planningsopdrachten**, die op zich het object van sanering zijn geworden (deregulering).

In deze paragraaf wordt aan de hand van literatuur over decentralisatie in andere sectoren dan de gezondheidszorg ingegaan op de aldaar opgedane ervaringen en op de geconstateerde knelpunten. Twee mogelijke effecten van decentralisatie staan daarbij centraal:

1. Decentralisatie kan leiden tot **afwijking van het beleid op lokaal niveau van de nationale beleidslijn**.

2. Decentralisatie kan leiden tot grote **pluriformiteit** in beleid. Beide ontwikkelingen zijn uit het oogpunt van de centrale overheid ongewenst. Het Algemeen Maatschappelijk Werk heeft zich in haar verzet tegen de decentralisatie van de Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening steeds van deze argumenten bediend (zie bijvoorbeeld Joint 1984, 1985). Op beide effecten zal achtereenvolgens worden ingegaan.

Afwijking van nationaal beleid

De Joint (1984) stelde in haar commentaar op de Nota Eerstelijnszorg de in dit verband illustratieve vraag:

'Komt de vrijheid die een aantal gemeenten zich thans toeëigent om op de huidige AMW-formatie te gaan bezuinigen wel aan deze lokale overheden toe wanneer het rijk nadrukkelijk een eerstelijnsconcept voor heel Nederland aan het ontwikkelen is?'

Hier blijkt al uit dat het inderdaad mogelijk is dat lokale overheden een van de nationale beleidslijn afwijkend beleid voeren. Dit verschijnsel vinden we ook in de literatuur terug. Een bekend voorbeeld is de snelle groei van suburbane gemeenten in West-Nederland ondanks het door de centrale overheid gevoerde anti-suburbanisatiebeleid (Glasbergen en Simonis, 1979). Pas toen de gemeenten zelf ook bereid bleken hun groei in te dammen, werd het centrale beleid effectief. Vellekoop en Derksen (1986) concluderen dat er ook op het terrein van het monumentenbeleid mogelijkheden voor gemeenten zijn om van de nationale beleidslijn af te wijken. Verschillende en verschuivende visies op centraal niveau creëerden overigens deze beleidsruimte. Een en ander had als gevolg dat er geen verschillen optraden in mate van behoud van stads- en dorpsgezichten die door de rijksoverheid als zodanig waren aangewezen en stads- en dorpsgezichten die dat niet waren.

De mogelijkheid, die gemeenten hebben om van het nationale beleid af te wijken, vloeit voort uit hun relatieve zelfstandigheid.

Toonen (1985) verklaart deze relatieve zelfstandigheid van gemeenten uit de **invloedsmiddelen** die men heeft:

- taken en bevoegdheden: formeel zijn lagere overheden vaak afhankelijk van hogere overheden; Toonen betoogt echter dat gemeenten voor het verkrijgen van bevoegdheden weliswaar afhankelijk zijn van hogere overheden, maar dat aan eenmaal verkregen bevoegdheden rechten en dus invloed kan worden ontleend;
- sturing en controle: de Nederlandse gemeenten zijn voor ruim 90% van hun inkomsten afhankelijk van het Rijk; daartegenover staat

echter dat het Rijk van gemeenten afhankelijk is voor de uitvoering van haar beleid;

- kennis en informatie: sectorale deskundigheid op de departementen staat tegenover kennis van de lokale omstandigheden van de gemeenten;
- steun: het Rijk weet zich vaak gesteund door nationaal georganiseerde pressie- en actiegroepen terwijl gemeenten vaak gesteund worden door lokaal georganiseerde groepen;

Legitimiteit ontleen zowel Rijk als gemeente aan verkiezingen. Toonen wijst er verder op dat de **invloedsstructuur** van de rijksoverheid zich kenmerkt door een bestuurlijke fragmentatie ('verkokering'). Dit biedt gemeenten een zekere beleidsvrijheid. Zo kan voor een bepaald project vaak een beroep worden gedaan op financiële middelen van verschillende departementen.

De gemeentelijke zelfstandigheid moet aan de andere kant niet worden overdreven. Het Rijk heeft tal van formele en informele instrumenten om bij te sturen. Er zijn dan ook aanwijzingen dat het met de afwijking van het rijksbeleid niet zo'n vaart loopt.

In de eerste plaats op het terrein van de el(g)z zelf. Uit de reeds eerder gememoreerde analyse van beleidsnota's (Wulms, 1987) blijkt dat de gemeenten het rijksbeleid op de voet volgen. Veranderde of nieuwe beleidslijnen op centraal niveau, zoals die naar voren komen in rijksnota's, vinden vrijwel onmiddellijk hun weerslag op lokaal niveau in gemeentelijke beleidsnota's.

Een tweede aanwijzing vinden we in de **evaluaties van de experimenten met de Kaderwet Specifiek Welzijn** (Van Kesteren, 1986; Heij e.a., 1986). Een belangrijk verschil met de WVG is dat met de Kaderwet is geëxperimenteerd met het decentraliseren van de financiering. Voor een aantal regelingen (waaronder de Rijksbijdrageregeling maatschappelijke dienstverlening, de subsidiëring gezinsverzorging en gezins-hulp en de Voorlopige stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg) krijgen de proefgemeenten/-regio's een zogenaamde **brede doeluitkering**. Uit de evaluaties blijkt dat deze decentralisatie niet direct tot aardverschuivingen leidt. Veranderingen zijn vaak een gevolg van een bezuinigingstaakstelling ten aanzien van de welzijnssector als geheel en betreffen alleen accenten. Op hoofdlijnen blijft men in de pas met het landelijk beleid. Het onderzoek van Heij e.a. (1986) onder de KSW-proefgemeenten en een beperkt aantal schaduwgemeenten geeft ook informatie over het beleid dat de gemeenten ten aanzien van het AMW voeren. Zij concluderen dat de decentralisatie heeft geleid tot een eigen gemeentelijk

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

Uniformiteit versus pluriformiteit

Een tweede mogelijk effect van de decentralisatie is dat grote verschillen zullen ontstaan in regelgeving. Zo stelt de Joint in haar commentaar op de WGM (1985) dat het AMW te maken heeft met (toen nog) 770 financiers met elk eigen subsidievoorwaarden en een eigen beleid. Een belangrijk motief van de nationale overheid om taken te centraliseren (want dit is de algemene tendens ondanks de beledenen voorkeur voor decentralisatie in de afgelopen tien jaar) is de **gevoelde noodzaak tot uniformering**. Hoewel het lokaal bestuur in Nederland een uniform wettelijk kader kent, tekent zich in de praktijk een bonte pluriformiteit af (voor een overzicht zie Derksen en Korsten, 1985).

Tal van factoren dragen er toe bij dat er een bonte pluriformiteit aan gemeentelijk beleid bestaat (hierop wordt in de volgende paragraaf nader ingegaan). Evenals bij de mogelijkheid om af te wijken van de nationale beleidslijn moet ook hier een nuancering worden aangebracht. Muskens (1986) toont namelijk aan dat de rijksoverheid in staat is om de **'beleidspraktijk te homogeniseren'**. Zijn onderzoek betreft het reeds lang bestaande experiment met de decentralisatie van de Beeldende Kunstenaars Regeling (BKR). Door toepassing van strategieën als regionalisatie, deskundige advisering, rijkstoezicht en formalisering van subsidievoorwaarden weet het Rijk gemeenten te bewegen tot een uniforme toepassing van de BKR. Extreme gemeentelijke autonomie of willekeur beperkt zich hierdoor tot incidenten.

In dit verband kan ook weer worden gewezen op de analyse van beleidsnota's waaruit ondanks een grote variëteit aan vorm en inhoud de beleidslijnen van de centrale overheid als een rode draad door de nota's lopen (Wulms, 1987).

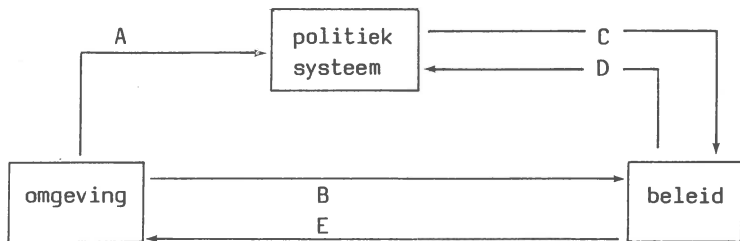
Tenslotte kan de vraag worden gesteld in hoeverre pluriformiteit gewenst is. Als pluriformiteit betekent een zorgvuldige afstemming op de behoefte van de lokale bevolking kan daar toch moeilijk bezwaar tegen bestaan. Evenmin is het de lokale overheid te verwijten dat een beleid wordt gevoerd overeenkomstig de lokale politieke opvattingen. Uniformiteit kan geen doel op zich zijn. Een goede afstemming van beleid op regionaal niveau is natuurlijk wel gewenst. Het

functioneren van de intergemeentelijke samenwerking is daarom van bijzonder belang.

2.5. Verklaring van intergemeentelijke verschillen: het politiek systeemmodel

De vraag kan gesteld worden welke factoren de bestaande pluriformiteit bepalen. Daarmee zijn we aangeland bij de tweede deelprobleemstelling, waarin het gaat om de verklaring van intergemeentelijke verschillen in beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg. Denters (1981) geeft een overzicht van onderzoek op het terrein van de **kwantitatief vergelijkende beleidsanalyse**. De theoretische basis voor onderzoek op dit terrein wordt gevormd door het **politieke systeemmodel** dat is weergegeven in figuur 2.1. Bij dit model zoeken we in deze paragraaf aansluiting.

Figuur 2.1.: het politiek systeemmodel



In haar oorspronkelijke vorm wordt het politiek systeem opgevat als een omzettingsmechanisme dat vraag voortkomend uit de omgeving (pijl A) vertaalt in beleid (pijl C), dat op zijn beurt weer invloed uitoefent op het politieke systeem (pijl D) en op de omgeving (pijl E). Denters (1981) constateert echter, ons inziens terecht, dat het politieke systeem niet alleen beïnvloed wordt door concrete vragen en druk vanuit de omgeving, maar dat ook structurele factoren het politiek systeem beïnvloeden. Hij noemt het voorbeeld van de invloed van het inwonertal van een Nederlandse gemeente op haar politieke systeem. Dit inwonertal bepaalt het aantal raadsleden, het aantal wethouders en is voorts in belangrijke mate bepalend voor de inkomsten van de gemeente en de inkomens van bestuurders en ambtenaren. Verder ziet Denters ook een directe invloed van de omgevingsfactoren

op het beleid (pijl B). De smalle marges waarmee politici te maken hebben, worden niet in de laatste plaats bepaald door de omgeving (bijvoorbeeld de beschikbare financiën). Bovendien speelt de behoefte aan bepaalde voorzieningen een rol. Zo wordt de behoefte aan lagere scholen bepaald door het aantal inwoners in de leeftijd van zes tot twaalf jaar.

Denters trekt de opvatting in twijfel dat het politiek systeem de aanwezige vraag slechts vertaalt in beleid en geen vraag uit zichzelf genereert (pijl C). In het eerste geval is er geen sprake van een onafhankelijke invloed van het politieke systeem ('linkage model') en in het tweede geval wel ('non-linkage model').

De feed-back pijlen (D en E) hebben betrekking op de beleidseffecten. Het beleid heeft in de eerste plaats effecten op de omgeving. Op zich is dit logisch, maar het maakt het soms lastig bij een gevonden verband tussen een omgevings- en een beleidsvariabele om de richting van dat verband te bepalen. Het beleid heeft ook gevolgen voor het politiek systeem. Na een mislukte poging om een beleid op poten te zetten, bijvoorbeeld, zullen bestuurders zich wel twee keer bedenken alvorens zich opnieuw de vingers te branden aan een bepaalde materie.

Tot zover de uitleg van het systeemmodel. In het vervolg zal worden ingegaan op de afzonderlijke elementen uit het systeem, te weten de omgevingsfactoren, de politieke systeemfactoren en de beleidsfactoren. Aan de orde komen de in de literatuur gebruikte variabelen en gevonden verbanden.

a. Omgevingsfactoren

Dit zijn factoren van buiten het politiek systeem die het politiek systeem en/of het beleid beïnvloeden. In onderzoek op dit terrein worden tal van kenmerken van de demografische, geografische en sociaal-economische structuur, die al of niet een zekere invloed op de activiteiten van de lokale overheden blijken te hebben, betrokken. Een niet uitputtende lijst: inwonertal, bevolkingsdichtheid, groeisnelheid, oppervlakte, 'meerkernigheid', urbanisatiegraad, woningvoorraad, centrumfunctie, industrialisatiegraad, werkloosheid enz. Denters (1981) bekritiseert de theorieloosheid van een dergelijke benadering en pleit voor het al of niet meenemen van variabelen op grond van theoretische overwegingen.

Een voor de hand liggende gedachte is dat verschillen in beleid kunnen worden verklaard uit verschillen in 'behoefte'. Denters (1985) constateert dat dit allerm minst het geval hoeft te zijn. Activiteiten op het terrein van het lokale volkshuisvestingsbeleid (bouw woning-

wetwoningen en wooneenheden voor één- en tweepersoonshuishoudens) bleken niet samen te hangen met indicatoren voor de plaatselijke woningnood. De behoefte (in dit geval de woningnood) kan dan wel worden gemeten met behulp van bovengenoemde structuurkenmerken.

De **bestuurlijk-politieke context** is naast de behoefte ook van belang. De relatie met hogere overheden is reeds besproken. Wat hieruit naar voren kwam is dat in dit opzicht grote verschillen tussen gemeenten kunnen optreden. De ene gemeente kan zich sterk onafhankelijk van de centrale overheid opstellen terwijl een andere stipt de centrale directieven navolgt. Een ander aspect vormen de relaties met andere lagere overheden. Een gemeente kan zelf te klein zijn om een bepaalde taak uit te voeren, maar door een goede samenwerking met andere gemeenten in de regio tot een actief beleid komen. De **interne bestuurlijke structuur** is een derde aspect. Gedacht kan daarbij worden aan de opbouw en deskundigheid van het ambtelijk apparaat. Ook voor de bestuurlijk-politieke context kunnen de structuurkenmerken als indicatoren worden beschouwd. Zo heeft de bevolkingsomvang invloed op de relatie met hogere overheden (grotere gemeenten zijn vaak zelfstandiger), de relatie met andere gemeenten, (grotere gemeenten nemen vaak een meer onafhankelijke en/of leidende positie in regio-verband) en de interne bestuurlijke structuur (grotere gemeenten hebben deskundiger, meer gespecialiseerde ambtenaren).

b. Politieke systeemfactoren

Bij de kenmerken van het politieke systeem zelf kan in de eerste plaats worden gekeken naar de **kenmerken van het electorale proces** (opkomst, partijcompetitie, stemmenpercentages voor bepaalde partijen, samenstelling van de raad en dergelijke). Uit een overzicht van onderzoek naar de rol van deze factoren concludeert Denters (1981) dat de resultaten aanvankelijk wezen op een geringe politieke invloed op het beleid. Later is dit beeld genuanceerd. In beleidssectoren, waar **controversiële zaken met duidelijke implicaties voor sociale verhoudingen spelen**, keert de invloed van politieke factoren steeds weer terug. Genoemd worden sociale zekerheid en maatschappelijke zorg, onderwijs en volkshuisvesting. In de Nederlandse context kwam de invloed van politieke factoren uit verschillende onderzoeken naar voren. Zo vond Nelissen (1972) zwakke verbanden tussen het verichten van milieubesefactiviteiten en de politieke kleur van het college van B&W en de politieke kleur van de wethouder milieuzaken. Fried (1980) vond in een analyse van 38 Nederlandse steden slechts voor enkele beleidsoutputvariabelen dat politieke variabelen meer invloed hadden dan omgevingsfactoren. De output van het politieke

systeem was door hem gemeten met behulp van een groot aantal indicatoren op terreinen als huisvestingsbeleid, gemeentelijke belastingen, cultureel beleid, gezondheidszorgbeleid en dergelijke. Overigens moet worden opgemerkt dat de kans dat het hier om schijnverbanden gaat levensgroot aanwezig is. Zo bleek de belangrijkste politieke variabele die verschillen in aantal artsen in consultatiebureaus per 100.000 inwoners 'verklaarde' het aantal partijen dat zitting had in het college van B&W. De omgevingsvariabele die het hoogst correleerde was het percentage werkzaam in de agrarische sector. Denters (1981) vond een zwakke samenhang tussen politieke kleur en het aandeel van woningwetwoningen in de nieuwbouw dat niet kon worden wegverklaard door verschil in woningnood.

Van Venetië en Derksen (1986) vonden geen verband tussen politieke kleur van gemeentebesturen en hun beleidsprestaties op het gebied van stads- en dorpsgezichten. De politieke kleur kwam wel tot uiting in de beleidsvoornemens, maar viel weg op het moment dat het op daadwerkelijk handelen als het vaststellen van bestemmingsplannen of het verstrekken van subsidies aankwam. De voorkeur van het gemeentebestuur bleek daarnaast niet te correleren met de houding die men aannam ten aanzien van bescherming en die houding was juist de belangrijkste verklarende variabele voor de mate van behoud.

Denters (1981) en Derksen en Korsten (1985) wijzen erop dat het niet voldoende is om alleen te kijken naar de uitkomsten van het electorale proces als het gaat om politieke systeemvariabelen. De **politieke en bestuurlijke cultuur** kan eveneens van belang zijn. Gedacht wordt daarbij aan (hot)issues in de lokale politiek, de lokale politieke geschiedenis, de verhouding tussen B&W en raad, de rol van het ambtenarenapparaat, enz. Van Venetië en Derksen vonden in bovengenoemd onderzoek naar het monumentenbeleid een negatieve houding ten aanzien van bescherming in de provincie Limburg, hetgeen zij toeschrijven aan de afwijkende politieke cultuur.

c. Beleidsvariabelen

Meest gebruikte beleidsvariabelen hebben betrekking op de ingezette hulpbronnen en dan nog met name de **overheidsuitgaven**. Daarnaast komen ook indicatoren voor beleidsprestaties (bijvoorbeeld hoogte van uitkeringen) en zelfs beleidseffecten (bijvoorbeeld criminaliteitscijfers) voor. Denters (1981) bekritiseert de eenzijdige nadruk op het gebruik van uitgaven als indicator. Ten eerste wijst hij erop dat het geld op een bepaalde begrotingspost aan zeer verschillende zaken kan worden besteed. Ten tweede wordt voorbijgegaan aan het verdelingsaspect. Verder blijven beleidsverschillen waaraan geen

financiële consequenties zijn verbonden buiten beschouwing en zijn sommige uitgavenposten sterk gerelateerd aan omgevingskenmerken. Tenslotte zijn overheidsuitgaven vrij stabiel. Veranderingen aangebracht vanuit politieke overwegingen werken slechts geleidelijk door.

Het onderzoek naar de determinanten van **beleidsinnovaties** is het meest populaire alternatief voor het onderzoek naar uitgaven. Nieuw beleid heeft als voordeel dat daarin verschillen in politieke prioriteit eerder zullen worden weerspiegeld. In het door Denters aangehaalde onderzoek van Walker was de invloed van de stedelijkheidsgraad en mate van industrialisatie op beleidsinnovaties belangrijk. De invloed van politieke variabelen bleek nihil. Het al eerder aangehaalde onderzoek van Nelissen (1972) kan ook gezien worden als onderzoek naar een beleidsinnovatie (milieu-besef-activiteiten). In dat onderzoek werd wel een geringe invloed van het politieke systeem gevonden.

2.6. Conclusie: de te verwachten gemeentelijke activiteit

Welke conclusies kunnen op basis van dit hoofdstuk worden getrokken voor de mate van activiteit van gemeenten, de inhoud van die activiteiten en de variatie.

Het volume aan activiteiten moet gering worden ingeschat. De formele mogelijkheden zijn gering. Het zicht op de materiële beleidsruimte wordt enigszins belemmerd door de mogelijke komst van extra bevoegdheden (de WVG). Enerzijds gaat men hier op inspelen. Anderzijds wacht men met bepaalde activiteiten op verruiming van de bevoegdheden. Uit de interviewronde komt deze dualistische houding van gemeenten duidelijk naar voren.

De vraag of gemeenten bij een verdere decentralisatie sterk uit de pas zullen gaan lopen met de nationale beleidsdoelstellingen moet vooralsnog ontkennend worden beantwoord. In de literatuur zijn weliswaar voorbeelden van dit verschijnsel te vinden, maar voor wat betreft de eerstelijns zijn de aanwijzingen over een tamelijk grote consensus over de belangrijkste beleidsdoelstellingen sterker.

Gezien de onduidelijkheid over de rol van de gemeente is te verwachten dat er aanzienlijke verschillen in mate en soort van activiteit zijn tussen gemeenten. Daar komt bij dat het beleid voor de eerstelijns in de kinderschoenen staat (het kan worden beschouwd als een beleidsinnovatie), waardoor de prioriteit die de gemeente eraan geeft een belangrijke rol speelt.

Als verklaringsmodel voor verschillen in gemeentelijk beleid is het politieke systeemmodel beschreven. Dit model zal voor het onderhavige onderzoek worden uitgewerkt in hoofdstuk 10. In het nu volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de opzet en uitvoering van de inventarisatie van gemeentelijke activiteit.

3. OPZET VAN DE INVENTARISATIE

3.1. Inleiding

Nu meer zicht is verkregen in de mogelijke gemeentelijke activiteiten, kan een opzet worden gemaakt voor de inventarisatie van de gemeentelijke activiteit. Deze inventarisatie vindt plaats door middel van een **schriftelijke enquête** onder een gestratificeerde steekproef van Nederlandse gemeenten. De inventarisatie is ook van belang voor de beantwoording van het tweede deel van de probleemstelling van het onderzoek dat gericht is op een verklaring van de verschillen in gemeentelijke activiteit. In termen van het in het voorgaande hoofdstuk beschreven politieke systeemmodel gaat het om de meting van de afhankelijke variabelen uit het model. In paragraaf 3.2 worden de meting van de beleidsvariabelen mede in het licht van de tweede deelprobleemstelling behandeld. De uiteindelijke selectie van de in het politieke systeemmodel op te nemen politieke systeemvariabelen wordt pas in paragraaf 10.2 verantwoord.

De opzet van de schriftelijke enquête wordt nader toegelicht in paragraaf 3.3. Van het verloop van de enquête wordt verslag gedaan in paragraaf 3.4. Tevens vindt in deze paragraaf de non-responsanalyse plaats. De opzet van de inventarisatiehoofdstukken 4 tot en met 9 wordt in de slotparagraaf van dit hoofdstuk toegelicht.

3.2. De operationalisatie van de beleidsvariabelen

Eerste vraagstelling van dit onderzoek is het inventariseren van gemeentelijke beleidsactiviteiten ten aanzien van de eerstelijns. Deze vraagstelling wordt in deze paragraaf nader uitgewerkt. In het licht van de discussie over decentralisatie van bevoegdheden zijn een drietal vragen van belang:

1. Wat is de mate van activiteit? Hieruit kan de belangstelling van gemeenten voor de eerstelijns worden afgeleid. Wel moet daarbij in het oog worden gehouden dat gemeenten door het uitblijven van de invoering van de WVG een afwachtende houding kunnen hebben aangenomen.
2. In hoeverre treden grote verschillen tussen gemeenten op in mate en soort activiteit?
3. In hoeverre volgen de gemeenten in hun activiteiten de beleids-

beleidslijn van de rijksoverheid?

Om tot een inhoudelijke groepering van gemeentelijke activiteiten te komen is aangesloten bij het rijksbeleid voor de eerstelijns zoals dat uit de verschillende nota's blijkt. De volgende thema's zijn al-dus onderscheiden:

- **vestigingsbeleid:** op dit terrein is het gekomen tot een daadwerkelijke decentralisatie althans voor de huisartsen, de vraag is echter in hoeverre de gemeenten de verstrekte bevoegdheden kunnen en willen aanwenden als beleidsinstrument;
- **multidisciplinaire samenwerking:** de stimulering van multidisciplinaire samenwerking is een belangrijk thema in de verschillende rijksnota's. Van gemeenten werd in dit opzicht een belangrijke inbreng verwacht als de WVG zou worden ingevoerd. Een van de doelstellingen van de WVG is namelijk het bevorderen van een samenhangend stelsel van voorzieningen. Samenwerking tussen voorzieningen is daarvan een belangrijk element.
- **afstemming van werkgebieden:** hiermee wordt bedoeld dat de werkgebieden van hulpverleners in de eerstelijns zoveel mogelijk zouden moeten samenvallen. Ook dit is belangrijk in het kader van de bevordering van samenhang.
- **gebruikersparticipatie:** dit thema krijgt in de WVG apart aandacht en is als zodanig een belangrijk element.

Uit het vooronderzoek is gebleken (De Bakker en Wulms 1986) dat met een indeling van activiteiten van gemeenten over deze vier thema's de gemeentelijke activiteit ten aanzien van de eerstelijns goed gedekt wordt.

Achter de term gemeentelijke beleidsactiviteiten gaat een bont scala aan verschillende soorten activiteiten schuil. Om enige ordening aan te brengen kan een indeling worden gemaakt naar positie die die activiteiten in het **beleidsproces** innemen. Met Hoogerwerf (1980, p. 57) definiëren we het beleidsproces als het dynamisch geheel van handelingen met betrekking tot het voorbereiden, bepalen, uitvoeren, evalueren en bijsturen van beleid.

De **beleidsvoorbereiding** kan worden omschreven als het verzamelen en analyseren van informatie en het formuleren van adviezen met het oog op het te voeren beleid. Hiertoe behoort ook de **planning**, de systematische voorbereiding van beleid met behulp van langs wetenschappelijke weg verkregen kennis en inzichten. Beleidsvoorbereidende activiteiten zeggen op zichzelf niets over de vraag of wel of niet een beleid wordt gevoerd. De voorbereidende activiteiten kunnen echter wel worden beschouwd als een indicator voor de kwaliteit van de ge-

meentelijke beleidsvoering, omdat een basis wordt gelegd voor een objectiever bestuur (Derksen et al 1987, p. 13).

Onder de **beleidsbepaling** wordt het nemen van beslissingen over de inhoud van een beleid verstaan. Specificatie van doeleinden en middelen behoren hiertoe (al of niet in beleidsnota's). Ook hier moet de beperking worden aangebracht dat specificatie van doeleinden nog geen actief beleid hoeft in te houden. We zagen dit al in het onderzoek van Van Venetië en Derksen in het vorige hoofdstuk.

De **beleidsuitvoering** is het toepassen van de gekozen middelen. Hierbij kan gedacht worden aan activiteiten als subsidiëring, bemiddeling, ambtelijke ondersteuning, enz. Pas uit de uitvoeringsmaatregelen kan worden afgeleid of gemeenten een werkelijk actief beleid voeren. In de literatuur worden vaak de hoogte van de gemeentelijke uitgaven gebruikt als indicator voor de beleidsprestaties op een bepaald terrein. Denters (1981) bekritiseerde het gebruik van deze indicator. Vaak kan uit de uitgaven niet worden afgeleid waaraan de middelen precies zijn besteed. Verder wordt voorbijgegaan aan het verdelingsaspect en blijven beleidsverschillen waaraan geen grote financiële consequenties zitten buiten beschouwing.

Een alternatieve manier om de beleidsprestaties van een gemeente te beoordelen is te kijken naar de **effecten** van het gevoerde beleid. Hieronder worden de gevolgen van het beleid voor de burgers en de zorgverstrekkers verstaan. Indicatoren voor effecten hebben echter als beperking dat niet bekend is in hoeverre het bedoelde effect het resultaat is van het gevoerde beleid.

Tenslotte kunnen activiteiten op het gebied van **evaluatie en bijsturing** worden onderscheiden. Ook dit is meer een indicator voor de kwaliteit van het beleid, dan een indicator voor de mate waarin een actief beleid wordt gevoerd.

Het onderscheid tussen bovengenoemde categorieën activiteiten is vaak moeilijk te maken. Beleidsvoorbereiding en beleidsbepaling lopen vaak door elkaar heen. Bovendien kan elk nieuw beleid worden gezien als een bijsturing van bestaand beleid. De indeling veronderstelt bovendien een volgtijdigheid die in de werkelijkheid vaak ontbreekt. We beschouwen bovenstaande indeling daarom meer als een analytisch instrument dan als een getrouwe weergave van de werkelijkheid.

Hoe passen de gemeentelijke activiteiten op het terrein van de el(g)z in de bovenstaande indeling? Uit het vooronderzoek is duidelijk geworden dat gemeentelijke beleidsactiviteiten voor de eerstelijns vaak nog in een beginstadium verkeren voor zover zij niet to-

taal ontbreken. Dit heeft als gevolg dat de meeste activiteiten als voorbereidend of verkennend kunnen worden gekenschetst. Beleidsprestaties kunnen gezien het gebrek aan instrumenten nog niet veel worden verwacht. Laat staan effecten, evaluaties en bijsturing. De volgende indeling wordt daarom aangehouden.

1. **Beleidsvoorbereiding:**

De volgende indicatoren kunnen hier worden onderscheiden:

- de vraag of onderzoek is verricht, dan wel inventarisaties van eerstelijnsvoorzieningen zijn gemaakt,
- de vraag of discussienota's en of beleidsnota's naar buiten zijn gebracht,
- de vraag in hoeverre contacten met het veld zijn gelegd.

2. **Beleidsbepaling:**

- de vraag welke doelstellingen worden gehanteerd ten aanzien van welk thema.

3. **Beleidsuitvoering:**

- ten aanzien van welke thema's vinden concrete uitvoeringsactiviteiten plaats,
- wat is de aard van die activiteiten (subsidiëring, bemiddeling, ambtelijke ondersteuning enz.).

Met thema's wordt hier bedoeld het vestigingsbeleid, multidisciplinaire samenwerking, afstemming van werkgebieden en participatie van gebruikers. We zien dat deze thema's vooral bij de beleidsbepaling en -uitvoering aan de orde komen. De beleidsvoorbereidingen zijn vaak van meer algemene aard. Vandaar dat daarin het onderscheid naar thema's niet is gemaakt.

Activiteiten op het terrein van beleidsevaluatie en terugkoppeling worden niet onderscheiden omdat het niet waarschijnlijk is dat deze veel voorkomen en als zij voorkomen moeilijk te onderscheiden zijn van respectievelijk de beleidsvoorbereiding en de beleidsbepaling.

Bij twee thema's kan wel aandacht worden geschonken aan de **beleids-effecten**. In de eerste plaats bij het vestigingsbeleid. Invoering van het vestigingsbeleid heeft belangrijke gevolgen gehad voor de vestiging van huisartsen in Nederland (Hingstman 1987). In hoeverre deze gevolgen werkelijk een effect zijn van de gemeentelijke bemoeienis is echter de vraag. Het feit dat het vestigingsbeleid pas kort in werking is, betekent echter dat veel effecten nog niet merkbaar zullen zijn en sommige wel merkbare alleen een gevolg van onwennigheid met de regeling.

Ten tweede kan aandacht worden geschonken aan de effecten van gemeentelijk beleid op de ontwikkeling van de multidisciplinaire samenwerking zoals dat tot uiting komt in de verspreiding van gezond-

heidscentra over Nederland. Ook hier geldt dat een gezondheidscentrum niet tot stand hoeft te zijn gekomen als gevolg van een effectief gemeentelijk beleid. Wel is bekend dat gemeenten in de afgelopen jaren een zekere rol hebben gespeeld bij de totstandkoming van centra (Peters, 1984) en dat er in dit opzicht belangrijke verschillen in gemeentelijk beleid waren (Swinkels 1981).

3.3. Onderzoeksopzet: schriftelijke enquête onder gemeenten

De in de voorgaande paragraaf genoemde beleidsvariabelen zijn gemeenten met behulp van een schriftelijke enquête onder Nederlandse gemeenten. Daarnaast zijn enkele bestuurlijke kenmerken in de enquête gevraagd. Dit betreft intergemeentelijke samenwerking bij de voorbereiding en uitvoering van eerstelijnsbeleid en de omvang en samenstelling van de ambtelijke afdelingen, die zich met de eerstelijns bezighouden. In het kader van de beleidsvoorbereiding is gevraagd of door de gemeente onderzoek is verricht op het terrein van de el(g)z, of er gemeentelijke beleidsnota's zijn en in hoeverre contacten met het veld zijn gelegd en hoe die contacten worden gewaardeerd. Ook is gevraagd naar factoren die de totstandkoming van een gemeentelijk beleid belemmeren.

Ten aanzien van de beleidsbepaling is de mening van de gemeente gevraagd over enkele belangrijke elementen uit het rijksoverheidsbeleid ten aanzien van de eerstelijns en in hoeverre zij vinden, dat de gemeenten bij de verwezenlijking van die doelstellingen een rol kunnen spelen. Verder is specifiek gevraagd naar het gevolgde beleid op de thema's vestigingsbeleid, multidisciplinaire samenwerking, afstemming van werkgebieden en gebruikersparticipatie.

Ook is themagewijs gevraagd naar de voor de verwezenlijking van de genoemde doelstellingen ingezette middelen (de vragenlijst is in zijn geheel opgenomen in bijlage A).

Bij het thema vestigingsbeleid is ook gebruik gemaakt van enkele gegevens van een enquête die door de afdeling Sociaal-Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek van de VNG is gehouden in de periode oktober 1986 tot februari 1987. Het betreft voornamelijk gegevens over de Vestigingsadviescommissie.

De schriftelijke enquête is niet verstuurd naar alle Nederlandse gemeenten. In de oriënterende fase van het onderzoek is gebleken dat kleine gemeenten zich slechts in zeer beperkte mate met de eerstelijns bezighouden. Vaak gaat het om één ambtenaar die een zeer gering

deel van zijn tijd aan gezondheidszorg kan besteden. De te verwachten activiteit is daardoor zeer gering. Veel activiteiten vinden bovendien nog in samenwerking met andere gemeenten plaats. Gezien de aantallen kleine gemeenten en de te verwachten geringe variatie in activiteit is besloten om bij gemeenten met minder dan 20.000 inwoners te volstaan met een **steekproef**. Deze steekproef is **gestratificeerd** getrokken. Van alle gemeenten met minder dan 10.000 inwoners heeft 1/3 van de gemeenten een formulier ontvangen. Bovendien is een formulier toegezonden aan de helft van de gemeenten met meer dan 10.000 maar minder dan 20.000 inwoners.

Verwacht wordt, dat voldoende aantallen enquêtes zijn verstuurd om ook iets over de gemeentelijke activiteit in de kleinere gemeenten te kunnen zeggen. De informatie is verder aangevuld met een enquête onder intergemeentelijke samenwerkingsverbanden. Alle samenwerkingsverbanden (voor zover bekend) die activiteiten met betrekking tot de eerstelijns ondernemen, hebben een formulier toegezonden gekregen. Dit formulier was hetzelfde als voor de gemeenten met uitzondering van de vragen over intergemeentelijke samenwerking, die hierin vanuit het gezichtspunt van het samenwerkingsverband zijn gesteld.

3.4. Verloop van de enquête en non-respons

In januari 1987 zijn 385 enquêteformulieren verzonden naar evenzoveel gemeenten. Na een schriftelijk rappel naar alle gemeenten met minder dan 50.000 inwoners en telefonische rappels naar de grotere gemeenten werd begin juni 1987 het in tabel 3.1 gemelde resultaat geboekt. De **respons van ruim 70%** mag, gezien de in de onderzoeksperiode rondwarende geruchten over het mogelijk niet doorgaan van de

Tabel 3.1.: resultaat van de schriftelijke enquête onder gemeenten

		populatie	steekproef	respons	
				abs.	%
strata					
gemeenten	10.000 inw.	345	115	70	60.9
gemeenten	10-20.000 inw	190	95	65	68.4
gemeenten	20.000 inw.	175	175	137	78.3
totaal		714	385	272	70.6

WVG en de omvang van de vragenlijst bevredigend worden genoemd. Van de 113 gemeenten waarvan geen ingevuld formulier terug is ontvangen stuurden 11 gemeenten een formele weigering. Tijdgebrek was de door alle elf gemeenten opgegeven reden voor de weigering. Verder stuurden drie gemeenten het formulier oningevuld terug onder verwijzing naar een intergemeentelijk samenwerkingsverband waaraan de bevoegdheden met betrekking tot de eerstelijns waren gedelegeerd. Wel kan uit de tabel worden opgemaakt, dat er aanmerkelijke verschillen tussen de strata zijn.

Om na te gaan wat de consequentie van de non-respons voor de uitkomsten van het onderzoek zijn, is een **non-responsanalyse** uitgevoerd. Eerst is nagegaan welke verschillen er bestaan tussen de respons en de non-respons. Vervolgens is nagegaan wat de consequenties van de respons-verschillen tussen de strata zijn, door per stratum te onderzoeken of een aantal steekproefparameters betrouwbare schattingen voor de betreffende parameters in de populatie opleveren.

De verschillen tussen de respons en de non-respons kunnen worden onderzocht op een aantal voor de hele populatie van gemeenten bekende kenmerken. In tabel 3.2 en 3.3 is een en ander weergegeven. Er blijken geen significante verschillen in respons te zijn tussen gemeenten onderscheiden naar politieke achtergrond. Noch zijn er significante verschillen te constateren tussen gemeenten onderscheiden naar gezondheidszorgaanbodkenmerken (aanwezigheid gezondheidscentra en huisartsen per 10.000 inwoners). Verder is er geen verschil in het vraagkermerk percentage van de bevolking ouder dan 65 jaar. Statistisch significante verschillen vinden we wel bij de variabelen **bevolkingsgrootteklasse, urbanisatiegraad en landsdeel**. Grote gemeenten, verstedelijkte gemeenten en gemeenten in het oosten en zuiden des lands hebben relatief vaak een ingevulde enquête geretourneerd. Men kan zich afvragen in hoeverre de non-respons op deze drie variabelen met elkaar samenhangt. Er is immers een duidelijk onderling verband tussen bevolkingsgrootteklasse, urbanisatiegraad en landsdeel. Nader onderzoek leerde dan ook, dat het verband tussen de urbanisatiegraad en de respons wegvalt als wordt gecontroleerd voor bevolkingsgrootteklasse. Het verband tussen de respons en het landsdeel blijft echter bestaan als wordt gecontroleerd voor bevolkingsgrootteklasse. Ook bleek er sprake van een zelfstandig effect van de bevolkingsgrootteklasse op de respons.

Naar de oorzaken van de verschillen in non-respons naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel kan op dit moment slechts worden gegist. Een oorzaak zou kunnen liggen in de mate waarin gemeenten deelnemen in intergemeentelijke samenwerkingsverbanden. Kleinere gemeenten

Tabel 3.2.: Vergelijking respons met non-respons op een aantal kenmerken (n=385)

	resultaat respons	enquête non-respons	significantie p=0.05
bevolkingsgrootteklasse			*
minder dan 10.000	60.9	39.1	
10.000 tot 20.000	68.4	31.6	
20.000 tot 50.000	78.0	22.0	
50.000 tot 100.000	77.1	22.9	
100.000 of meer	82.4	17.6	
urbanisatiegraad			*
landelijk	72.7	27.3	
verstedelijkt platteland	65.7	34.3	
stedelijk	80.0	20.0	
landsdeel**			*
noord	61.7	38.3	
oost	78.7	21.3	
west	65.2	34.8	
zuid	76.5	23.5	
gezondheidscentrum aanwezig			-
niet	70.9	29.1	
wel	69.5	30.5	
partij wethouder			-
CDA	68.2	31.8	
PvdA	69.6	30.4	
VVD	65.9	34.1	
overig links	80.0	20.0	
overig rechts	87.5	12.5	
lokale partij	75.0	25.0	
totaal	70.6	29.4	

** Noord = Groningen, Friesland, Drenthe; oost = Overijssel, Gelderland, Flevoland; west = Utrecht, Noord-Holland, Zuid-Holland; Zuid = Zeeland, Noord-Brabant, Limburg

zullen hun bevoegdheden vaker aan intergemeentelijke samenwerkingsverbanden delegeren en daardoor minder gemotiveerd zijn een enquête in te vullen. Verschillen tussen de landsdelen kunnen het gevolg zijn van verschillen in de mate waarin intergemeentelijk wordt samengewerkt. In het desbetreffende hoofdstuk zal nog nader op de intergemeentelijke samenwerking worden ingegaan.

Aangezien we te doen hebben met een gestratificeerde steekproef verschilt de **betrouwbaarheid** van de uitkomsten per stratum. Bovendien verschilt de non-respons per stratum, hetgeen de aanwezige verschillen nog versterkt. De vraag is dan ook hoe betrouwbaar de uitkomsten per stratum zijn. Om dat na te gaan, is per stratum getoetst of de verkregen steekproefparameters wel een betrouwbare indruk (95% betrouwbaarheidsinterval) geven de desbetreffende parameter in de populatie (alle 714 Nederlandse gemeenten). Voor de door ons onderzochte populatiekenmerken (gemiddelde bevolkingsomvang, huisartsen per 10.000 inwoners, percentage CDARAadsleden, percentage PvdARAadsleden, urbanisatiegraad en partij van de wethouder voor gezondheidszorg) bleek dit inderdaad het geval te zijn.

Tabel 3.3.: Vergelijking respons met non-respons op een aantal kenmerken (n=385)

	resultaat enquête				significantie
	respons		non-respons		
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	p=0.05
groei percentage 1980-1986	6.9	37.8	4.4	9.7	.-
% bevolking 65 jr. e.o.	11.2	3.1	11.1	3.2	.-
huisartsen per 10 000 inw.	3.9	1.1	4.0	1.3	.-
% CDA-raadsleden	30.9	12.4	31.0	14.2	.-
% PvdA-raadsleden	26.4	14.3	24.9	14.9	.-

Een maand (februari 1987) na de gemeenten zijn alle ons bekende **intergemeentelijke samenwerkingsverbanden** werkzaam op het terrein van de eerstelijns door ons benaderd. De respons op deze enquête bedroeg 60%. De geruchten over het rapport Dekker die toen al ruimschoots de ronde deden, hebben de respons waarschijnlijk gedrukt.

Gezien de verschillen in de betrouwbaarheid van de uitkomsten per

stratum is er voor gekozen om door het rapport heen de uitkomsten per stratum te presenteren. Daarnaast worden, indien relevant, de resultaten per landsdeel gepresenteerd omdat er verschillen waren in non-respons per landsdeel. Er is afgezien van weging omdat daarmee het aandeel van de grotere gemeenten erg klein wordt. Juist onder die grotere gemeenten wordt de meeste activiteit en variatie in activiteit verwacht. Bij weging zouden die verschillen geheel wegval- len. Ook zijn de betrouwbaarheidsintervallen niet in de tabellen weergegeven omwille van de leesbaarheid. Geïnteresseerden kunnen echter eenvoudig het 95%-betrouwbaarheidsinterval per stratum vast- stellen aan de hand van de in bijlage C opgenomen tabellen.

3.5. Opbouw van de inventarisatie

In de komende hoofdstukken worden de uitkomsten van de schriftelijke enquête gepresenteerd. Eerst wordt ingegaan op intergemeentelijke samenwerking mogelijk, een belangrijke verklarende factor voor ver- schillen in aard en omvang van de gemeentelijke activiteit. Vervol- gens wordt in één hoofdstuk de stand van zaken met betrekking tot de gemeentelijke beleidsontwikkeling in algemene zin behandeld. Inge- gaan wordt op het ambtelijk apparaat dat beschikbaar is voor de ont- wikkeling van een eerstelijnsbeleid, beleidsvoorbereidingsactivitei- ten, zoals die tot uitdrukking komen in gemeentelijke beleidsnota's en contacten met het veld en de houding van gemeenten ten aanzien van de belangrijkste rijksdoelstellingen voor de eerstelijns. De daarop volgende hoofdstukken behandelen elk één van de in paragraaf 3.2 genoemde thema's, te weten het vestigingsbeleid voor huisartsen, multidisciplinaire samenwerking, afstemming van werkgebieden en ge- bruikersparticipatie. In elk hoofdstuk worden uitsplitsingen per be- volkingsgrootteklasse en landsdeel gemaakt. Daarna worden de enkele in dat hoofdstuk behandelde beleidsvariabelen gerelateerd aan de on- afhankelijkke variabelen uit het conceptueel model.

4. INTERGEMEENTELIJKE SAMENWERKING

4.1. Inleiding

Het streven naar decentralisatie van de planvorming ten aanzien van de eerstelijns stamt uit 1974. In de toen verschenen Structuurnota Gezondheidszorg was de zogenaamde **regionalisatie** een van de belangrijkste doelstellingen. Daarmee werd bedoeld dat op regionaal niveau een samenhangend stelsel van voorzieningen tot stand zou moeten worden gebracht. De planning van de eerstelijns binnen die regio's was toegedacht aan de gewesten, op dat moment de vierde bestuurslaag in oprichting. De gewestvorming ging echter niet door waardoor de aandacht verschoof naar de gemeente als plannende instantie. Individuele gemeenten werden te klein geacht om plannen voor de eerstelijns te ontwikkelen. Zo zijn veel eerstelijnsorganisaties (als kruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening) gemeentegrensoverschrijdend. Intergemeentelijke samenwerking was dus geboden bij de ontwikkeling van plannen voor de eerstelijns. Eén van de eerste maatregelen ter voorbereiding van de invoering van de WVG was dan ook het tot stand brengen van een indeling in WVG-planningsregio's (en subregio's). In de WVG-subregio's zou de eerstelijns moeten worden gepland.

Nu bestaat er in en buiten de gezondheidszorg al een veelheid aan **gemeenschappelijke regelingen** waarin samenwerking tussen gemeenten formeel is vastgelegd. Eén gemeente kan gemeenschappelijke regelingen treffen met steeds wisselende partners. De Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR) beoogt enige structuur aan te brengen in de wildgroei aan gemeenschappelijke regelingen die in de loop der tijd is ontstaan. Daartoe wordt een bundeling ervan voorgestaan in zogenaamde **WGR-samenwerkingsgebieden**. Gemeenten zouden alleen een gemeenschappelijke regeling mogen aangaan met gemeenten binnen zo'n WGR-samenwerkingsgebied. De indeling in WGR-samenwerkingsgebieden sluit grotendeels aan bij de conceptindeling in WVG-subregio's. Op onderdelen zijn er wel verschillen. Het Vestigingsbesluit Huisartsen verwijst naar de WGR als kader voor de intergemeentelijke samenwerking. De WGR verplicht gemeenten echter niet tot samenwerking en als wordt samengewerkt, kan dit ook geschieden met een deel van de gemeenten in het WGR-gebied.

De vraag is dus in de eerste plaats met wie men samenwerkt. Gebeurt dit op het niveau van de WGR-samenwerkingsgebieden, op het niveau van de WVG-subregio's, in een ander intergemeentelijk verband of werkt men helemaal niet samen. De volgende vraag is naar de vorm, die de samenwerking aanneemt. Dit kan variëren van onderlinge afstemming tot het delegeren van bevoegdheden aan een intergemeentelijk samenwerkingsverband. In paragraaf 4.3 wordt hierop nader ingegaan.

De wijze waarop de samenwerking is vormgegeven, komt aan de orde in paragraaf 4.4. Tenslotte wordt ingegaan op de verdeling van de plankostenvergoeding bestemd voor de WVG-voorbereidingen. Dit is een belangrijke indicator voor de intergemeentelijke samenwerking.

4.2. Regionalisatie

De gemeenten is gevraagd op welke schaal zij intergemeentelijk samenwerken ten aanzien van de eerstelijns. Als referentie-regio's zijn de WGR-samenwerkingsgebieden genomen. Gemeenten kunnen samenwerken, met alle of een deel van de gemeenten binnen het WGR-samenwerkingsgebied. Gemeenten kunnen alle activiteiten zelfstandig ondernemen. Bovendien kan een gemeente samenwerken met gemeenten buiten het WGR-gebied. Een complicerende factor is, dat gemeenten in meerdere samenwerkingsvormen tegelijk kunnen participeren. Zo kan het voorkomen dat de WVG-planning met alle gemeenten in het WGR-gebied wordt voorbereid en dat de vestigingsregeling zelfstandig wordt uitgevoerd.

In tabel 4.1 zijn de geënquêteerde gemeenten uitgesplitst naar geografische schaal waarop wordt samengewerkt. Indien op meerdere schaalniveaus wordt samengewerkt, is gekozen voor de meest groot-schalige vorm. Het blijkt dat het overgrote deel van de gemeenten in de een of andere vorm intergemeentelijk samenwerkt. Ruim de helft van de gemeenten werkt op WGR-niveau samen. Vooral in het noorden wordt vaak op WGR-niveau samengewerkt. Samenwerking met een deel van de gemeenten binnen de WGR vinden we vooral in het zuiden en bij kleine gemeenten. Vaak gaat het om een relatief kleine stad met een omliggend gebied, dat te klein is om een afzonderlijk WGR-gebied te vormen (stadsgewesten Oss, Waalwijk en Roermond, streekgewest Sland van Cuyk en Weert, regio Uden-Veghel). Het percentage van niet samenwerkende gemeenten stijgt naarmate de gemeente groter wordt. Dit type gemeenten is vooral geconcentreerd in West- en Oost-Nederland. In beide laatste regio's vinden we ook de gemeenten die samenwerken

met gemeenten buiten de WGR. Deze omstandigheden zijn te verklaren uit de problemen die in deze landsdelen spelen om een goede gebiedsindeling tot stand te brengen (zie Concept-besluit gebiedsindeling, 1986).

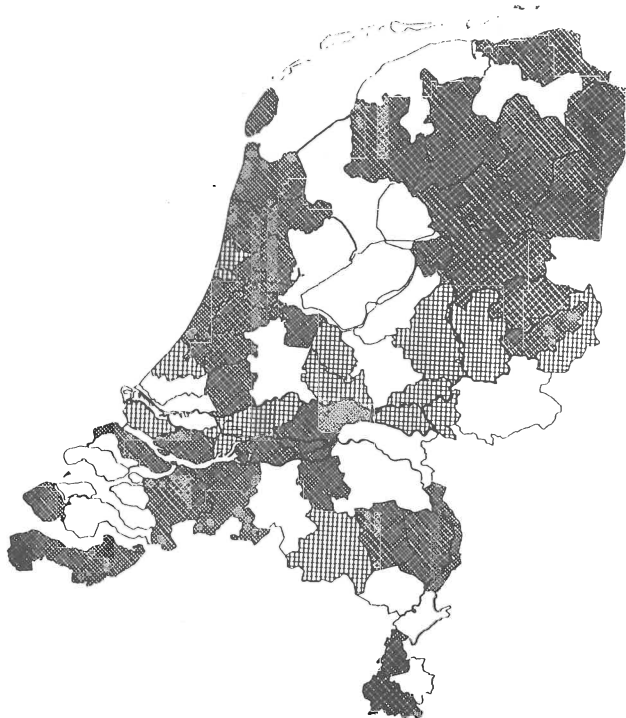
Tabel 4.1.: percentage van de geënquêteerde gemeenten dat samenwerkt op WVG-subregioschaal, dan wel WGR-schaal naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel




	intergemeentelijke samenwerking					n
	op WGR-schaal	deel WGR	zelfstandig	buiten WGR	onbekend	
bevolkingsgrootteklasse						
minder dan 10.000	48,6	40,0	8,6	1,4	1,4	70
10.000 t/m 20.000	53,1	29,7	12,5	1,6	3,1	64
20.000 t/m 50.000	57,8	23,7	13,4	4,1	1,0	97
50.000 t/m 100.000	55,6	18,5	18,5	3,7	3,7	27
meer dan 100.000	42,9	14,3	35,7	-, -	7,1	14
landsdeel						
noord	76,3	21,1	2,6	-, -	-, -	38
oost	52,5	22,0	22,0	3,4	-, -	59
west	48,9	28,4	17,0	5,7	-, -	88
zuid	48,3	35,6	9,2	-, -	6,9	87
totaal	53,3	28,3	13,6	2,6	2,2	272

Bovenstaande analyse werpt maar gedeeltelijk licht op de vraag in hoeverre een regionalisatie tot stand is gekomen. Om meer duidelijkheid te verkrijgen, moet ook per regio worden nagegaan in hoeverre samenwerking tot stand is gekomen. Aan de hand van de ingevulde enquêtes kan per WGR-gebied worden nagegaan of de WVG-planning al of niet op die schaal ter hand is genomen. Aan de hand van het SGBO-onderzoek (1987) kan per WGR-gebied worden nagegaan of de uitvoering van het vestigingsbeleid op die schaal wordt aangepakt. Met behulp van deze gegevens kan figuur 4.1 worden vervaardigd.

In 48 van de 62 WGR-regio's wordt de WVG-planning op WGR-schaal (of bijna WGR-schaal) ter hand genomen. Niet in alle gevallen wordt echter exact de WGR-indeling aangehouden. Zo hebben bijvoorbeeld Neede en Eibergen zich aangesloten bij Enschede in plaats van bij de Achterhoek.

Figuur 4.1.: WGR-samenwerkingsgebieden naar schaal waarop de WVG-planning en de vestigingsregeling voor huisartsen wordt uitgevoerd



-
-  beide op WGR-niveau*
 -  alleen WVG-planning op WGR-niveau*
 -  geen van beide op WGR-niveau

* of bijna op WGR-niveau (uitzondering met betrekking tot 1 of 2 gemeenten.

De vestigingsregeling voor huisartsen wordt minder vaak op WGR-niveau uitgevoerd dan de WVG-planning, namelijk in 35 van de 62 gevallen. Degenen die niet in WGR-verband uitvoeren, werken samen in kleinere regio's of pakken het zelfstandig aan. Dat het vestigingsbeleid vaak op kleinere schaal wordt uitgevoerd dan de WVG-planning valt wel te begrijpen. De huisartsenzorg ontbeert een hechte organisatievorm op bovenlokaal niveau, dit in tegenstelling tot de in instellingen georganiseerde disciplines (kruiswerk, maatschappelijk werk). Bovendien wordt in de toelichting van het Vestigingsbesluit erop gewezen dat het vestigingsbeleid los staat van de WVG-planning. Dit betekent dat gemeenten die van opvatting zijn dat 'wat lokaal kan, ook lokaal moet gebeuren' vaak overgaan tot een zelfstandige uitvoering van het vestigingsbeleid.

Er zijn duidelijke interregionale verschillen in schaal waarop de WVG-planning en het vestigingsbeleid worden aangepakt. Regio's waarin geen van beide op WGR-schaal plaatsvindt, vinden we vooral in de provincie Gelderland. De constructie dat de WVG-planning wel en het vestigingsbeleid niet op WGR-schaal plaatsvindt, komt veel in de provincies Gelderland en Noord-Holland voor. De constructie dat de WVG-planning niet en het vestigingsbeleid wel op WGR-niveau wordt uitgevoerd, komt niet voor.

Waar niet op het niveau van de WVG-subregio wordt samengewerkt is vaak sprake van samenwerking in kleinere regio's die al langer als i.s.v. fungeren. Te noemen zijn het Westerkwartier (in Centraal-Groningen), Friesland-Noord en Noordoost-Friesland (in Noord-Friesland), het Westland (in de subregio Delft/Westland/Oostland), Noord- en Zuid-Beveland, de regio Uden-Veghel (in Midden-Brabant) en het streekgewest Land van Cuyk (in Noordoost Brabant) en het stadsgewest Roermond en het streekgewest Weert (in Midden-Limburg). Verder is sprake van een aantal individuele gemeenten die de WVG-voorbereidingen zelfstandig ter hand namen. Te noemen zijn Groningen, Delft en Nijmegen. In andere regio's lag intergemeentelijke samenwerking in het verschiet (Flevoland, Noordwest-Veluwe en de Achterhoek).

4.3. De intensiteit van de samenwerking

Het verschil tussen wel of geen intergemeentelijke samenwerking is minder absoluut dan in het voorafgaande wordt gesuggereerd. In regio's waar niet formeel wordt samengewerkt vindt vaak wel in een of andere vorm ad hoc afstemming plaats. Waar wel wordt samengewerkt kan dit beperkt blijven tot een ambtelijk en portefeuillehouders-

overleg intergemeentelijk waarin de verschillende worden afgestemd en gecoördineerd. In andere gevallen kan een i.s.v. de hele beleidsvoorbereiding en uitvoering voor haar rekening nemen. Deze verschillen kunnen ook optreden binnen één i.s.v. Bepaalde gemeenten kunnen hierin meer zaken delegeren aan het i.s.v. dan andere.

Tabel 4.3 laat zien dat 79% van de geënquêteerde gemeenten intergemeentelijk samenwerkt in de voorbereidingen voor de WVG. De intergemeentelijke samenwerking lijkt het sterkst ontwikkeld in het noorden des lands. De helft van de geënquêteerde gemeenten laten hier beleidsvoorbereiding en uitvoering aan een samenwerkingsverband over. Het minst sterk ontwikkeld is de samenwerking in het oosten (met name in de provincie Gelderland). Het westen en zuiden ontlopen elkaar niet veel wat de intensiteit van de samenwerking betreft. Ook hier zien we een samenhang tussen gemeentegrootte en de mate waarin in

Tabel 4.2.: geënquêteerde gemeenten naar intergemeentelijke activiteiten met betrekking tot de WVG-voorbereiding per landsdeel en per bevolkingsgrootte klasse*

rijpct.	intergemeentelijke WVG-activiteiten				abs.
	voorbereiding en uitvoering	afstemming en coördinatie	geen	%	
bevolkingsgrootteklasse					
minder dan 10.000	48	37	15	100	67
10.000 t/m 20.000	47	41	12	100	58
20.000 t/m 50.000	35	38	27	100	92
50.000 t/m 100.000	39	39	23	100	26
meer dan 100.000	17	42	42	100	12
landsdeel					
noord	50	34	16	100	38
oost	44	19	37	100	52
west	37	44	19	100	85
zuid	38	49	14	100	80
totaal	40	39	21	100	255

N.B. Door afronding tellen niet alle percentages op tot 100%.

* van 17 gemeenten is niet bekend in welke mate zij intergemeentelijk samenwerken

intergemeentelijk wordt samengewerkt.

Bij de uitvoering van het vestigingsbeleid (tabel 4.3) zijn de verschillen groter. Het noorden en zuiden profileren zich duidelijk als de landsdelen waar de uitvoering intergemeentelijk geschiedt. In het noorden is men daarbij sterker geneigd de beleidsvoorbereiding en uitvoering aan een samenwerkingsverband te delegeren dan in het zuiden. In het westen en oosten heeft een belangrijk deel van de gemeenten de beleidsvoorbereiding en uitvoering zelf ter hand genomen. Het verband met de bevolkingsgrootte van de gemeente is bij het vestigingsbeleid nog duidelijker.

Ook uit het onderzoek van de SGB0 blijkt dat de scheidslijn zelfstandige uitvoering of regionale uitvoering niet zo duidelijk is te trekken. Een aantal zelfstandig uitvoerende gemeenten laten bepaalde

Tabel 4.3.: geënquêteerde gemeenten naar intergemeentelijke activiteiten met betrekking tot het vestigingsbeleid per landsdeel en bevolkingsgrootteklasse*

rijpct.	intergemeentelijke activiteit a.b.t. het vestigingsbeleid			totaal	
	voorbereiding en uitvoering	afstemming en coördinatie	geen %	abs.	
bevolkingsgrootteklasse					
minder dan 10.000	52	39	9	100	69
10.000 t/m 20.000	44	36	21	100	62
20.000 t/m 50.000	33	41	26	100	96
50.000 t/m 100.000	27	31	42	100	26
meer dan 100.000	8	23	69	100	13
landsdeel					
noord	87	10	3	100	38
oost	31	35	34	100	62
west	25	29	46	100	85
zuid	37	59	4	100	81
totaal	39	37	24	100	266

N.B. door afronding tellen niet alle percentages op tot 100%.

* 6 gemeenten onbekend

taken in regio-verband uitvoeren (bijvoorbeeld bepaling van de capaciteit en de spreiding). Indien het vestigingsbeleid in regio-verband wordt uitgevoerd blijven de deelnemende gemeenten in veel gevallen bepaalde zaken zelf doen. Dit geldt met name voor de vergunningverlening die in ruim drie kwart van de regio's door B&W van de deelnemende gemeente wordt gedaan.

4.4. De wijze waarop de samenwerking is vormgegeven

De samenwerking tussen gemeenten kan op zeer verschillende wijzen worden vormgegeven. Bij intergemeentelijke afstemming en coördinatie blijft een en ander vaak beperkt tot ambtelijk en portefeuillehoudersoverleg. Als er sprake is van intergemeentelijke beleidsvoorbereiding en uitvoering kunnen taken worden uitgevoerd door verschillende instanties, bijvoorbeeld door een van de gemeenten of bij een gemeentelijke gezondheidsdienst, bij een districtgezondheidsdienst

Tabel 4.4.: intergemeentelijk samenwerkende gemeenten op het terrein van de el(g)z naar wijze(n) waarop de intergemeentelijke samenwerking is vormgegeven (percentage van alle gemeenten in de betreffende bevolkingsgrootteklasse)

kolompct.	bevolkingsgrootteklasse					
	minder dan 10.000		10.000 t/m 20.000		meer dan 20.000	
vorm samenwerking						
ambtelijk overleg	38	58.8%	43	69.4%	96	79.3%
portefeuillehoudersoverleg	45	69.2%	51	82.3%	101	83.5%
taken bij een gemeente						
t.b.v. de anderen	5	7.7%	8	12.9%	10	8.3%
GGD voert taken uit t.b.v.						
de gemeenten	24	36.9%	19	30.6%	61	50.4%
aparte organisatie ver-						
richt taken	36	55.4%	26	41.9%	49	40.5%
bestuursdeelname			1	1.6%	1	.8%
deelname vest. adv. cie	4	6.2%	1	1.6%	3	2.5%
overige antwoorden	2	3.1%	2	3.2%	9	7.4%
totaal	65	100.0%	62	100.0%	121	100.0%

of bij een als een aparte organisatie fungerend intergemeentelijk samenwerkingsverband.

Tabel 4.4 laat zien welke vormen van samenwerking voorkomen. We zien dat ambtelijke en portefeuillehoudersoverleg de meest voorkomende vormen van samenwerking zijn. Situaties waarin één bepaalde gemeente de taken voortvloeiend uit de intergemeentelijke samenwerking voor haar rekening neemt, komt relatief weinig voor. Twee gemeenten noemen de deelname in een intergemeentelijke vestigingsadviescommissie als samenwerkingsvorm en een achttal gemeenten beschouwt de deelname in het bestuur van een instelling voor maatschappelijke dienstverlening als een vorm van intergemeentelijke samenwerking met betrekking tot de eerstelijns.

Er blijken weer duidelijke verschillen tussen de drie strata te zijn. Bij grote gemeenten blijft de intergemeentelijke samenwerking vaak beperkt tot ambtelijk en portefeuillehoudersoverleg. Kleinere gemeenten zijn eerder geneigd bepaalde taken te delageren aan een intergemeentelijk samenwerkingsverband.

4.5. De plankostenvergoeding

Een goede indicator voor de mate waarin intergemeentelijke samenwerking plaatsvindt is de wijze waarop de plankostenvergoeding voor de voorbereidingen ter invoering van de WVG is besteed. Deze vergoeding bedraagt één gulden per inwoner, met een maximum van f 52.000,- per gemeente. Voor kleine gemeenten is dit bedrag onvoldoende om extra mankracht aan te trekken. Bundeling van de plankostenvergoedingen van individuele gemeenten in een intergemeentelijke samenwerkingsverband schept de mogelijkheid om een gespecialiseerde ambtenaar aan te trekken.

Bezien vanuit een individuele gemeente zijn er drie mogelijkheden: de plankostenvergoeding zelf behouden, hem geheel besteden aan het intergemeentelijk samenwerkingsverband of een deel zelf behouden en een deel besteden aan het intergemeentelijk samenwerkingsverband.

Tabel 4.5 laat zien dat er grote verschillen in besteding van de plankostenvergoeding zijn per landsdeel en bevolkingsgrootteklasse. In het noorden speelt de intergemeentelijke samenwerking de meest uitgesproken rol. Slechts 5% van de gemeenten behoudt hier de plankostenvergoeding geheel zelf. In de rest van het land behoudt ongeveer drie kwart van de gemeenten minimaal een deel van de vergoeding. In het zuiden wordt door meer dan de helft van de geënquêteerde gemeenten een deel van de plankostenvergoeding afgestaan aan het

Tabel 4.5.: gemeenten naar verdeling van de plankostenvergoeding per landsdeel en bevolkingsgrootteklasse

rijpct.	verdeling plankostenvergoeding			totaal	
	alles naar	alles naar		%	abs.
	i.s.v.	gemeente	verdeeld		
bevolkings- grootteklasse					
10.000 en minder	42.9	20.0	37.1	100.0	70
10.000 tm 20.000	35.9	28.1	35.9	100.0	64
20.000 tm 50.000	21.9	26.0	52.1	100.0	96
50.000 tm 100.000	15.4	19.2	65.4	100.0	26
meer dan 100.000	7.1	42.9	50.0	100.0	14
landsdeel					
noord	73.7	5.3	21.1	100.0	38
oost	22.4	32.8	44.8	100.0	58
west	15.9	37.5	46.6	100.0	88
zuid	27.9	16.3	55.8	100.0	86
totaal	29.3	25.2	45.6	100.0	270

* bij 2 gemeenten was de verdeling onbekend.

intergemeentelijk samenwerkingsverband. In het oosten en vooral in het westen behoudt een aanzienlijk deel van de gemeenten de gehele plankostenvergoeding zelf.

Een deel van deze verschillen per landsdeel wordt veroorzaakt doordat in het noorden meer kleine gemeenten zijn. Er is namelijk ook een sterk verband tussen de wijze waarop de plankostenvergoeding is gebruikt en de bevolkingsgrootteklasse van een gemeente. Hoe groter een gemeente, hoe minder vaak de gehele plankostenvergoeding naar een samenwerkingsverband wordt overgemaakt. Bij gemeenten met minder dan 20.000 inwoners is alles naar het samenwerkingsverband de meest voorkomende vorm. Gemeenten met meer dan 20.000, maar minder dan 100.000 inwoners hebben in de meeste gevallen een verdeelsleutel gehanteerd. Van de 14 gemeenten met meer dan 100.000 inwoners besteden zes de gehele plankostenvergoeding zelf.

Voor een deel van de gemeenten gold de keuze tussen zelf houden en intergemeentelijk besteden in feite niet omdat in de betreffende regio intergemeentelijke samenwerking ten aanzien van de WVG ontbrak.

Meer inzicht in de wijze waarin de plankostenvergoeding is verdeeld, verkrijgen we als we de verdeling per WGR-samenwerkingsgebied bezien (tabel 4.6). We zien weer dat in het noorden alles in sterke mate aan het intergemeentelijk samenwerkingsverband wordt overgelaten. In de rest van het land vindt meestal een verdeling plaats tussen het intergemeentelijk samenwerkingsverband en alle gemeenten. Soms betreft het een verdeling tussen het intergemeentelijk samenwerkingsverband en een deel van de gemeenten daaruit (de grootste).

Tabel 4.6.: WGR-samenwerkingsgebieden, naar wijze van verdeling van de plankostenvergoeding over intergemeentelijke samenwerkingsverband(en) (i.s.v.) en gemeente(n) en naar landsdeel

	besteding plankostenvergoeding verdeeld over				totaal
	alles naar i.s.v.	i.s.v. en deel ge- meenten	i.s.v. en alle gemeenten	alles naar ge- meenten	
landsdeel					
noord	8	1	2	-	11
oost	2	1	5	-	8
west*	4	1	11	6	22
zuid	4	1	11	2	18
totaal	18	4	29	8	59

*onbekend in 2 WGR-gebieden.

De situatie dat gemeenten alles zelf behouden ondanks de aanwezigheid van een intergemeentelijk samenwerkingsverband komt alleen in het westen en in het zuiden voor. In het noorden en oosten betekent deelname in een intergemeentelijk samenwerkingsverband automatisch het afstaan van een deel van de plankostenvergoeding.

Vervolgens kunnen we ons richten op de wijze waarop de plankostenvergoeding is besteed. Met name van belang is hier de vraag in hoeverre daarvan ambtelijke werkkraft kan worden vrijgemaakt dan wel verworven, die zich bezig kan gaan houden met de voorbereidingen voor de invoering van de WVG.

In de eerste plaats is gevraagd welk deel van de plankostenvergoe-

ding is aangewend ten bate van het ambtelijk apparaat. Tabel 4.7 laat dit zien voor alle gemeenten die (een deel van) de plankostenvergoeding zelf hebben gehouden. De plankostenvergoeding blijkt door bijna de helft van de geënquêteerde gemeenten voor meer dan 80% besteed te zijn aan de financiering van het ambtelijk apparaat. Vooral gemeenten met meer dan 50.000 inwoners en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden gebruiken de vergoeding ter versterking van hun ambtenarenapparaat. Veel kleinere gemeenten blijken nog geen bestemming voor het geld te hebben gevonden. Bij deze gemeenten gaat het om kleine bedragen (één gulden per inwoner, waarvan vaak nog een deel aan een intergemeentelijk samenwerkingsverband is afgedragen), waarvan het over het algemeen niet mogelijk is een aparte ambtenaar aan te stellen.

Ten tweede is gevraagd in hoeverre van de plankostenvergoeding een uitbreiding van het ambtelijk apparaat is gerealiseerd.

Tabel 4.7.: gemeenten* en i.s.v.'s naar percentage van de plankostenvergoeding dat is besteed aan de financiering van het ambtelijk apparaat

	percentage van de plankostenvergoeding					totaal
	0	tm 50%	50-80%	80%	onbekend	
bevolkings- grootteklasse						
10.000 of minder	1	-	3	2	24	30
10.000-20.000	2	3	4	19	14	42
20.000-50.000	1	8	14	38	13	74
50.000-100.000	-	3	5	14	--	22
meer dan 100.000	-	1	1	10	1	13
totaal	4	15	27	93	52	191
i.s.v.'s	-	1	7	15	3	26

* gemeenten die de gehele plankostenvergoeding aan een i.s.v. overdragen, zijn buiten de tabel gelaten.

Zo'n uitbreiding betekent vaak dat een gespecialiseerde arbeidskracht is aangetrokken. Als de vergoeding wordt besteed aan het amb-

telijk apparaat hoeft dit namelijk nog niet te betekenen dat daarvan inderdaad gespecialiseerde arbeidskrachten worden aangetrokken. Het geld kan ook zijn gebruikt om het reeds zittende apparaat te financieren. De nieuwe taken worden dan ondergebracht bij één of meer van de reeds in dienst zijnde ambtenaren. Tabel 4.8 laat zien dat dit in een groot aantal gevallen is gebeurd.

Tabel 4.8.: gemeenten* en i.s.v.'s naar aantal ambtenaren dat van de plankostenvergoeding is aangesteld

	aangestelde ambtenaren					totaal
	0	t/m 0,5	0,5 0,8	0,8 en meer	onbekend	
bevolkingsgrootteklasse						
10.000 en minder	25	1	--	1	14	41
10.000 t/m 20.000	26	4	5	--	6	41
20.000 t/m 50.000	32	6	15	13	9	75
50.000 t/m 100.000	10	2	3	7	--	22
meer dan 100.000	3	-	3	7	--	13
totaal	42	13	26	31	29	191
i.s.v.'s	1	2	3	18	2	26

* gemeenten die de hele plankostenvergoeding aan een i.s.v. overdragen, zijn buiten beschouwing gelaten.

4.6. Conclusie

De conclusie kan luiden dat de intergemeentelijke samenwerking met betrekking tot de eerstelijns voor de meeste gemeenten op de een of andere wijze van de grond is gekomen. Het ontbreken van een duidelijke bestuurslaag op regionaal niveau waar de eerstelijns taken aan konden worden gehangen, heeft echter wel geleid tot grote variëteit in de intensiteit van en de manier waarop wordt samengewerkt. In een aantal gevallen is er verschil tussen de gebieden waarin de WVG-planning ter hand wordt genomen en waarin de vestigingsregeling voor huisartsen wordt uitgevoerd. De vestigingsregeling wordt vaak in kleinere regio's uitgevoerd door de gemeenten zelf. Achtergrond van

de variëteit is dat gemeenten niet snel geneigd zijn hun bevoegdheden uit handen te geven aan een intergemeentelijk samenwerkingsverband. Ook als er een samenwerkingsverband functioneert, blijven de afzonderlijke gemeenten een belangrijke vinger in de pap houden. Dit zien we bijvoorbeeld aan de besteding van de plankostenvergoeding.

5. GEMEENTELIJKE BELEIDSVORMING

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal hoe ver gemeenten zijn met de ontwikkeling van een beleid voor de eerstelijnszorg. Verschillende aspecten komen hierbij aan de orde, die vooral betrekking hebben op de beleidsvoorbereiding en de beleidsbepaling. Allereerst vragen we ons af hoeveel mankracht door de gemeenten wordt ingezet op het terrein van de el(g)z. Dit bepaalt in sterke mate de mogelijkheden van gemeenten om beleidsmatige activiteiten te ondernemen. Vervolgens wordt ingegaan op de verrichte voorbereidende activiteiten, zoals het doen van onderzoek, het schrijven van nota's en het leggen van contacten met het veld. Een derde element ligt meer in de beleidsbepalende sfeer. Nagegaan is in hoeverre de gemeenten de belangrijkste doelstellingen op rijksniveau onderschrijven en of zij vinden dat de gemeenten bij de realisering van die doelstellingen een rol moeten spelen. Tenslotte komen de door de gemeenten ervaren knelpunten bij de ontwikkeling van een gemeentelijk eerstelijnsbeleid aan de orde. Bovengenoemde aspecten worden door het hoofdstuk heen (evenals in het voorgaande hoofdstuk) steeds per landsdeel en bevolkingsgrootteklasse geanalyseerd.

5.2. Mankracht ter voorbereiding en uitvoering van een eerstelijnsbeleid

De mate waarin gemeenten in staat moeten worden geacht om een beleid voor de eerstelijnszorg te ontwikkelen, is mede afhankelijk van de tijd die binnen het ambtelijk apparaat wordt (of kan worden) vrijgemaakt om het beleid voor te bereiden c.q. uit te voeren.

Tabel 5.1 geeft inzicht in de ambtelijke werktijd die door gemeenten in de eerstelijnszorg wordt gestoken. Gemiddeld is één ambtenaar voor 0,9 van zijn tijd belast met eerstelijnszorg. De eerstelijnsgezondheidszorg (dat is dus exclusief de maatschappelijke dienstverlening) neemt hiervan gemiddeld zo'n 60% in beslag.

De variatie is echter zeer groot, een variatie die vooral samenhangt met de gemeentegrootte. In gemeenten met minder dan 10.000 inwoners is de beschikbare mankracht om een eerstelijnsbeleid voor te bereiden en uit te voeren gering. Voor de el(g)z is gemiddeld één dag per

Tabel 5.1.: Gemiddelde en standaardafwijking arbeidstijd per gemeente ingezet voor eerstelijnstaken (gerekend in f.t.e.)

	elz*		waarvan elgz **	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 of minder	.35	.53	.21	.17
10.000 - 20.000	.46	.42	.31	.30
20.000 - 50.000	.94	.76	.54	.52
50.000 - 100.000	1.77	1.63	.92	.88
meer dan 100.000	2.60	1.63	1.51	.95
landsdeel				
noord	.61	.56	.33	.27
oost	.99	.99	.54	.52
west	1.04	1.26	.59	.61
zuid	.79	.98	.57	.81
totaal	.90	1.05	.54	.62

* onbekend voor 39 gemeenten, 6 gemeenten verwijzen naar een i.s.v.

** onbekend voor 77 gemeenten, 6 gemeenten verwijzen naar een i.s.v.

week ingeruimd. Bovendien moet hierbij worden aangetekend dat veel gemeenten aangaven moeite te hebben om een goede schatting te geven. De werkzaamheden in de eerstelijns waren gering en onregelmatig. Het hoge percentage onbekend bij de kleinere gemeenten heeft hier duidelijk mee te maken. De door de gemeenten gemaakte schattingen kunnen nog aan de hoge kant zijn omdat juist ten tijde van de enquête door veel gemeenten het vestigingsbeleid werd opgezet.

Tussen de landsdelen zijn de verschillen minder duidelijk dan tussen de bevolkingsgrootteklassen. De gemiddelde arbeidstijd ligt in het noorden wat lager doordat de gemeenten hier over het algemeen kleiner zijn en er meer intergemeentelijk wordt samengewerkt. De grotere tijdsbesteding in het westen komt voort uit het feit dat hier meer grote gemeenten zijn en relatief weinig intergemeentelijk wordt gedaan.

Bij kleine gemeenten zijn de eerstelijnstaken vaak ondergebracht bij de afdeling welzijn of de afdeling sociale zaken (tabel 5.2). Naarmate de gemeenten groter worden, hebben we vaker te maken met een

aparte afdeling volksgezondheid of een afdeling volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening. In gemeenten met meer dan 100.000 inwoners speelt de GG&GD of de GGD vaak nog een rol. We zien ook dat het aantal afdelingen dat belast is met eerstelijnstaken groter is dan het aantal gemeenten. In ruim 20% van de gemeenten zijn de eerstelijnstaken verspreid over meerdere afdelingen. Er is wat dit betreft sprake van een lineair verband met de bevolkingsgrootte. In 13,6% van de gemeenten met 10.000 of minder inwoners zijn twee of meer afdelingen belast met eerstelijnstaken. Vaak gaat het daarbij om een combinatie van afdeling welzijn met een afdeling volksgezondheid, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening of sociale zaken.

Tabel 5.2.: gemeentelijke afdelingen belast met eerstelijnstaken*
(in één gemeente kunnen meerdere afdelingen zijn belast met eerstelijnstaken)

	bevolkingsgrootteklasse									
	10.000 en minder		10.000 t/m 20.000		20.000 t/m 50.000		50.000 t/m 100.000		meer dan 100.000	
afdeling met eerstelijnstaken										
volksgezondheid	1	1,4%	4	6,3%	10	10,3%	4	14,8%	3	21,4%
welzijn	46	65,7%	53	82,8%	71	73,2%	14	51,9%	5	35,7%
sociale zaken	7	10,0%	10	15,6%	6	6,2%	4	14,8%	1	7,1%
volksgezondheid en ma.di.	1	1,4%			16	16,5%	12	44,4%	8	57,1%
sociale zaken en welzijn	7	10,0%	3	4,7%	2	2,1%	1	3,7%		
GG&GD/GGD					1	1,0%	1	3,7%	4	28,6%
overig	6	8,6%	4	6,3%	8	8,2%	3	11,1%		
onbekend	11	15,7%			6	6,2%	1	3,7%		
TOTAAL	70	100,0%	64	100,0%	97	100,0%	27	100,0%	14	100,0%

* onbekend voor 18 gemeenten

Bij de intergemeentelijke samenwerkingsverbanden gaat het in elf van de 26 gevallen om een afdeling volksgezondheid. In de meeste van de overige intergemeentelijke samenwerkingsverbanden is er geen duidelijke afdeling. Er wordt dan gesproken van een (bestuurs)secretariaat, een regionaal coördinator, een WVG-bureau en dergelijke.

5.3. Gemeentelijke nota's op het terrein van de el(g)z

De gemeenten is gevraagd welke nota's men de laatste vijf jaar heeft uitgebracht op het terrein van de el(g)z en welke nota's zijn uitgebracht op aanverwante terreinen waarin de eerstelijns aan de orde komt. Per nota is gevraagd naar het zorgterrein, het verschijningsjaar en of de nota al of niet door de gemeenteraad is vastgesteld. Het al dan niet uitbrengen van een nota staat niet gelijk aan het al dan niet voeren van een beleid. Gemeenten kunnen ook een beleid voeren zonder dat dat in nota's is neergelegd. Anderzijds kunnen gemeenten de aan het papier toevertrouwde vrome wensen negeren als het op uitvoering van het beleid aankomt. Sterke voorbeelden hiervan vonden we in de oriënterende fase van dit onderzoek. Als er beleid wordt gevoerd is de aanwezigheid van een nota waarin doelstellingen zwart op wit staan geformuleerd en waarover overlegd is met de betrokkenen wel een indicatie voor de kwaliteit aan de beleidsvoering. Tabel 5.3 geeft een indruk van de aantallen nota's die door de gemeenten zijn geproduceerd. De 272 gemeenten die een enquêteformulier instuurden, zeggen de laatste vijf jaar 487 nota's te hebben uitgebracht, waarin de eerstelijns aan de orde komt. Er kan dus van een omvangrijke activiteit worden gesproken op dit terrein. Twee relativeringen dienen te worden gemaakt. In de eerste plaats komt in een groot aantal nota's de eerstelijns slechts zijdelings aan de orde (hierop wordt straks verder ingegaan). In de tweede plaats bestaat de indruk dat een aantal gemeenten het uitbrengen van een nota zeer ruim heeft geïnterpreteerd in de zin dat zij ook allerlei interne nota's/notities hebben opgevoerd.

Toch zegt bijna de helft van de gemeenten geen nota te hebben uitgebracht in de afgelopen vijf jaar. Van de gemeenten met 10.000 of minder inwoners heeft zelfs ruim 90% geen activiteit op dit terrein ondernomen. Gemeenten met meer dan 50.000 inwoners hebben in bijna alle gevallen wel één of meer nota's uitgebracht. Opmerkelijk is dat het percentage dat door de gemeenteraad is vastgesteld bij de kleine gemeenten hoger is. Dit kan liggen aan het feit dat bij kleine gemeenten de weg door de ambtelijke bureaucratie korter is. Bovendien zal in grotere gemeenten de aangesneden problematiek complexer zijn doordat er meer partijen zijn betrokken en er daardoor meer belangtegenstellingen zijn. De discussie over de inhoud van de nota zal daardoor meer tijd in beslag nemen.

Van de 26 intergemeentelijke samenwerkingsverbanden produceerden er 18 één of meer beleidsnota's. Van de 72 nota's die door deze 18 in-

Tabel 5.3.: gemeentelijke nota's waarin de eerstelijns aan de orde komt per bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

	aantal nota's	aantal gemeenten	gemeenten met nota's		vastgestelde nota's	
			aantal	%*	aantal	%*
bevolkingsgrootte- klasse						
10.000 of minder	24	70	13	8,6	16	66,7
10.000-20.000	77	64	30	46,9	52	67,5
20.000-50.000	174	97	63	64,9	93	53,4
50.000-100.000	80	27	23	85,2	52	65,0
meer dan 100.000	51	14	13	92,9	23	45,1
landsdeel						
noord	32	38	17	44,7	19	59,4
oost	81	59	30	50,8	39	48,1
west	148	88	48	54,5	95	64,2
zuid	146	87	47	54,0	83	56,8
totaal	407	272	142	52,2	236	58,0

* % van alle gemeenten in de betreffende grootteklasse.

** % van alle nota's van de gemeenten in de betreffende grootteklasse.

tergemeentelijke samenwerkingsverbanden werden uitgebracht, waren er 50 vastgesteld door de gemeenteraden van de deelnemende gemeenten of door een vergelijkbare raad op intergemeentelijk niveau.

De door gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden uitgebrachte nota's zijn uitgespitst naar zorgterrein in tabel 5.4. Nota's specifiek op de eerstelijns gericht, treffen we het meest aan in gemeenten met meer dan 100.000 inwoners en bij intergemeentelijke samenwerkingsverbanden.

Bij middelgrote gemeenten komen relatief veel nota's voor die zich op de gezondheidszorg in het algemeen richten. De eerstelijns neemt hierin vaak een belangrijke plaats in, naast de basisgezondheidszorg en de tweedelijns. Nota's specifiek op het vestigingsbeleid huisart-

Tabel 5.4.: Gemeentelijke nota's naar zorgterrein (in één gemeente kunnen nota's op verschillende zorgterreinen zijn uitgebracht)

abs. (% van nota's in grootteklasse)	bevolkingsgrootteklasse					i.s.v.
	10.000 en minder	10.000 t/m 20.000	20.000 t/m 50.000	50.000 t/m 100.000	meer dan 100.000	
zorgterrein						
el(g)z	4 (5,7)	15 (12,5)	33 (24,8)	13 (25,9)	17 (71,4)	36 (50,0)
gezondheidszorg alg.	3 (2,9)	17 (20,3)	42 (32,0)	26 (51,9)	11 (28,6)	11 (15,2)
vestigingsbeleid	2 (2,9)	5 (7,8)	5 (5,2)	1 (3,7)	3 (21,4)	7 (9,7)
welzijn	5 (5,7)	10 (9,4)	22 (12,4)	14 (29,6)	1 (7,1)	1 (1,4)
ouderen	7 (7,1)	14 (17,2)	32 (29,1)	11 (29,6)	8 (57,1)	3 (4,2)
maatschappelijke dienstverl.	2 (2,9)	9 (10,9)	8 (6,2)	7 (25,9)	8 (35,7)	4 (5,6)
overigen	1 (1,4)	6 (9,4)	22 (16,3)	8 (14,8)	4 (11,4)	10 (13,9)
onbekend		1 (1,6)	3 (3,1)			

sen gericht komen niet veel voor (bij de grootste gemeenten nog het meest). In nota's over welzijn en ouderen komt de eerstelijns meestal meer zijdelings aan de orde.

In de tijd gezien, is het aantal nota's waarin de eerstelijns aan de orde komt de afgelopen vijf jaar sterk toegenomen van 22 in 1982 via 34 in 1983, 52 in 1984, 72 in 1985 tot 143 in 1986. Deze cijfers moeten wel met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Gezien de grote verschillen, is het niet uitgesloten, dat er sprake is van onderrapportage in jaren 1982 tot en met 1985.

5.4. Beleidsuitgangspunten

De vraag of gemeenten een beleid ontwikkelen voor de eerstelijns is afhankelijk van het oordeel van de gemeenten over de positie en het functioneren van de eerstelijns. Vindt een gemeente dat de eerstelijns geen versterking behoeft, dan hoeft van zo'n gemeente weinig activiteit te worden verwacht. Daarnaast is van belang hoe een gemeente denkt over haar eigen rol ten aanzien van de eerstelijns. Een gemeente kan van oordeel zijn dat de eerstelijns dient te worden versterkt, maar tegelijkertijd menen dat de gemeente geen actieve rol behoeft te spelen bij die versterking.

De gemeenten is een vijftal beleidsuitgangspunten voorgelegd. Gevraagd is of men die uitgangspunten al dan niet onderschrijft dan wel dat men daarover (nog) geen standpunt heeft. De vijf beleidsuit-

gangspunten vormen elk belangrijke elementen uit het rijksoverheids beleid voor de eerstelijns. Tevens is gevraagd naar het oordeel van de gemeenten over hun eigen rol bij het verwezenlijken van de in die beleidsuitgangspunten vervatte doeleinden.

Tabel 5.5. geeft de uitkomsten. We zien dat de meeste gemeenten de genoemde beleidsuitgangspunten onderschrijven. Verder heeft een belangrijk deel van de gemeenten geen standpunt over de genoemde beleidsuitgangspunten. Het aantal gemeenten dat het echt niet met de uitgangspunten eens is, is zeer gering. De meeste overeenstemming bestaat over het feit dat de eerstelijns dient te worden versterkt en over het feit dat de eerstelijns hulpverleners meer met elkaar moeten

Tabel 5.5.: Gemeenten naar houding ten aanzien van een aantal beleidsuitgangspunten (n=272)

	onderschrijft beleidsuitgangspunten				totaal
	wel	niet	geen standpunt	onbekend	
Beleidsuitgangspunten					
- de el(g)z dient te worden versterkt	75,0	1,1	18,8	5,1	100,0
- de gemeenten dient een actieve rol te spelen bij de versterking van de el(g)z	68,0	2,6	23,5	5,9	100,0
- de spreiding van de el(g)z-voorzieningen over de gemeente dient beter in overeenstemming te zijn met de behoeften	49,3	9,9	33,5	7,4	100,0
- de gemeente moet een betere spreiding van de el(g)z-voorzieningen over de gemeente bevorderen	56,3	7,7	28,7	7,4	100,0
- hulpverleners uit de verschillende el(g)z disciplines moeten meer met elkaar samenwerken	74,3	1,1	18,8	5,9	100,0
- de gemeente moet een betere samenwerking tussen hulpverleners uit de verschillende el(g)z-disciplines stimuleren	66,2	2,2	26,1	5,5	100,0
- de doelpopulaties/werkgebieden van de hulpverleners uit de verschillende el(g)z-disciplines dienen beter op elkaar te worden afgestemd	56,3	3,7	33,1	7,0	100,0
- de gemeente moet een betere afstemming van werkgebieden/doelpopulaties van de hulpverleners van de el(g)z-disciplines bevorderen	50,0	5,9	38,2	5,9	100,0
- de gebruiker van el(g)z-voorzieningen dient meer betrokken bij het beleid en het functioneren ervan	60,7	4,0	29,0	6,3	100,0
- de gemeente moet een grotere betrokkenheid van gebruikers bij het beleid en het functioneren van de el(g)z bevorderen	53,3	4,4	35,3	7,0	100,0

samenwerken. Het minst overeenstemming is er over het uitgangspunt dat de spreiding van el(g)z-voorzieningen meer in overeenstemming dient te zijn met de behoeften. Aangetekend moet hierbij worden dat deze doelstelling voor kleine, eenkernige gemeenten nauwelijks van toepassing is. Afstemming van werkgebieden en gebruikersparticipatie mogen zich minder in de belangstelling van de gemeenten verheugen. Dit blijkt zowel uit het percentage dat deze uitgangspunten wel als het percentage dat deze beleidsuitgangspunten expliciet niet onderschrijft.

Het aantal gemeenten dat een actieve rol ziet weggelegd in de verwezenlijking van bovengenoemde beleidsuitgangspunten is over het algemeen lager dan het aantal dat die uitgangspunten onderschrijft. Dit is ook logisch want het klinkt paradoxaal als een gemeente van mening is, dat zij de eerstelijndient te versterken terwijl men tegen versterking van de eerstelijndient in het algemeen is. Opmerkelijk is daarom de uitzondering bij het spreidingsuitgangspunt. Hier is het percentage gemeenten dat een actieve rol van de gemeenten ziet weggelegd bij spreidingsbevordering hoger dan het percentage gemeenten dat vindt, dat de spreiding meer in overeenstemming moet zijn met de behoefte. Dit kan voortkomen uit het feit dat gemeenten in het kader van het vestigingsbesluit huisartsen een wettelijke taak hebben om een betere spreiding te bevorderen. Zelf zijn ze echter van mening dat de spreiding in hun gemeente goed is.

Onder de intergemeentelijke samenwerkingsverbanden is het percentage dat de doelstellingen van de rijksoverheid onderschrijft laag (tussen de 38 en 46%). Dit komt niet zozeer doordat men de genoemde uitgangspunten expliciet niet onderschrijft (slechts één geval) als wel doordat veel intergemeentelijke samenwerkingsverbanden hierover geen standpunt hebben. De achtergrond hiervan is dat veel intergemeentelijke samenwerkingsverbanden meer een dienstverlenend apparaat zijn, terwijl de beleidsbepaling bij de deelnemende gemeenten blijft.

Tabel 5.6 geeft het percentage van de gemeenten die de genoemde beleidsuitgangspunten onderschrijven per bevolkingsgrootteklasse. Het verband is weer evident. De gemeenten met meer dan 100.000 inwoners onderschrijven de beleidsuitgangspunten vrijwel algemeen. Bij de kleinste gemeenten varieert het percentage tussen de 30 en 65 procent. Opvallend is dat de grootste gemeenten zeer sterk de actieve rol die de gemeente dient te spelen benadrukken. Thema's als afstemming van werkgebieden en gebruikersparticipatie zijn bij de grootste gemeenten duidelijk ook in de picture.

Er is van afgezien om een uitsplitsing per landsdeel te maken omdat

er geen verschillen tussen de landsdelen bestonden, die niet waren toe te schrijven aan verschillen in gemeentegrootte per landsdeel.

Tabel 5.6.: Percentage van de gemeenten dat een aantal beleidsuitgangspunten onderschrijft per bevolkingsgrootteklasse (n=272)

	bevolkingsgrootteklasse					totaal
	10.000 of minder	10.000 t/m 20.000	20.000 t/m 50.000	50.000 t/m 100.000	meer dan 100.000	
beleidsuitgangspunten						
- de el(g)z dient te worden versterkt	62,9	73,4	80,4	81,5	92,9	75,0
- de gemeente dient een actieve rol te spelen bij de versterking van de el(g)z	52,9	64,1	78,4	70,4	85,7	68,0
- de spreiding van de el(g)z-voorzieningen dient beter in overeenstemming te zijn met de behoeften	32,9	46,9	52,6	70,4	78,6	49,3
- de gemeente moet een betere spreiding van el(g)z-voorzieningen bevorderen	35,7	45,3	63,9	88,9	92,9	56,3
- hulpverleners uit de verschillende el(g)z-disciplines moeten meer met elkaar samenwerken	64,3	75,0	77,3	85,2	78,6	74,3
- de gemeente moet een betere samenwerking tussen hulpverleners uit de verschillende disciplines stimuleren	48,6	65,6	68,0	88,9	100,0	66,2
- de doelpopulaties/werkgebieden van de hulpverleners uit de verschillende el(g)z-disciplines dienen beter op elkaar te worden afgestemd	55,7	46,9	56,7	66,7	78,6	56,3
- de gemeente moet een betere afstemming van werkgebieden/doelpopulaties van de hulpverleners van de el(g)z-disciplines bevorderen	42,9	40,6	53,6	55,6	92,9	50,0
- de gebruiker van el(g)z-voorzieningen dient meer te worden betrokken bij het beleid en het functioneren van de el(g)z	44,3	56,3	63,9	81,5	100,0	60,7
- de gemeente moet een grotere betrokkenheid van gebruikers bij het beleid en het functioneren van de el(g)z bevorderen	40,0	43,8	56,7	77,8	92,9	53,3

Tenslotte is per gemeente geteld hoeveel beleidsuitgangspunten worden onderschreven. De resultaten staan in tabel 5.7. Hierin zien we dat aan één kant 30% van de gemeenten alle beleidsuitgangspunten on-

derschrijven, terwijl aan de andere kant een groot aantal gemeenten geen enkel beleidsuitgangspunt onderschrijven (meestal omdat geen standpunt is bepaald). Er is een sterke samenhang tussen het onder-

Tabel 5.7.: Gemeenten naar aantal algemene beleidsuitgangspunten dat men onderschrijft en aantal keer dat men vindt dat de gemeente een rol moet spelen bij het nastreven van die beleidsuitgangspunten

	beleidsuitgangspunten			
	algemeen		rol gemeente	
aantal	abs.	%	abs.	%
0	41	15,1	55	20,2
1	16	5,9	22	8,1
2	32	11,8	28	10,3
3	36	13,2	30	11,0
4	65	23,9	54	19,9
5	82	30,1	83	30,5
totaal	272	100,0	272	100,0

schrijven van een algemeen uitgangspunt en een voor dat uitgangspunt actieve rol voor de gemeente zien. De correlatie tussen aantal algemene uitgangspunten dat men onderschrijft en aantal uitgangspunten waarbij men een actieve gemeente voorstaat, bedraagt .87.

5.5. Contacten met het veld

Om een gemeentelijk beleid voor de eerstelijns te doen welslagen, is medewerking van het veld onmisbaar. Zeker nu de gemeente amper over instrumenten beschikt om haar invloed te doen gelden, is een goede verstandhouding met het veld van groot belang. Maar ook bij invoering van de WVG komt een goed overleg met de betrokkenen de kwaliteit van het beleid ten goede. Daarom is de gemeenten gevraagd naar de contacten die zij met het veld onderhouden, of er behoefte bestaat aan frequenter contact en zo ja, welke factoren een frequenter contact in de weg staan. Ook is de gemeente gevraagd een waardering

te geven van de contacten die zij met de verschillende eerstelijnsdisciplines onderhouden.

Tabel 5.8. geeft een overzicht van de contacten met de verschillende eerstelijnsdisciplines. Gemeenten onderhouden het meest regelmatig contacten met het algemeen maatschappelijk werk, wat gezien de subsidierelatie met deze discipline logisch is. Veel gemeenten onderhouden ook met de gezinszorg regelmatig contact. In de KSW-proefgebieden is hier meestal ook sprake van een subsidierelatie. Bovendien is de gezinszorg vaak in dezelfde instelling als het AMW gecombineerd. De derde discipline qua contactfrequentie is de huisarts. Slechts een klein deel van de gemeenten onderhoudt helemaal geen contacten met de huisartsen. Van geregeld contact is echter in slechts één op de vier gemeenten sprake. We vermoeden dat in veel gevallen het contact met de huisarts pas recent op gang is gekomen na het van kracht worden van het vestigingsbesluit. De wijkverpleging is de kerndiscipline waarmee de gemeenten het minst contact onderhouden. Dit kan worden verklaard uit het ontbreken van enige formele relatie tussen de gemeenten en de wijkverpleging. Met de overige disciplines in de eerstelijns hebben de meeste gemeenten slechts sporadisch of helemaal geen contact.

Tabel 5.8.: Gemeenten naar frequentie waarmee zij overleg voeren met de verschillende eerstelijnsdisciplines (n=272)

	frequentie-contact					totaal
	nooit	zel- den	onre- gel- matig	gere- geld	onbe- kend	
eerstelijnsdisciplines						
huisartsen	8,5	21,7	43,8	24,6	1,5	100,0
wijkverpleging	14,7	35,7	31,6	15,8	2,2	100,0
AMW	2,6	5,5	18,4	71,7	1,8	100,0
gezinszorg	12,1	21,7	29,8	34,9	1,5	100,0
fysiotherapeuten	55,1	27,2	10,3	3,3	4,0	100,0
tandartsen	51,5	29,0	12,1	4,4	2,9	100,0
verloskundigen	69,1	18,4	5,9	1,8	4,8	100,0
apothekers	59,2	25,0	8,5	2,6	4,8	100,0

Tabel 5.9 laat zien dat de contactfrequentie toeneemt naarmate de

gemeenten groter worden. Dit geldt met name voor de huisartsen en het AMW. Bij de gezinszorg hebben juist de middelgrote gemeenten het meest geregeld contact. Bij de wijkverpleging zien we dat ook van de grotere gemeenten slechts één op de vier geregeld contact heeft. De intergemeentelijke samenwerkingsverbanden blijken het meest geregeld contact te hebben met de huisartsen in vergelijking met de overige disciplines.

Tabel 5.9.: Percentage van de gemeenten dat geregeld contact onderhoudt met de verschillende eerstelijnsdisciplines naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

	bevolkingsgrootteklasse					i.s.v.
	10.000 of minder	10.000-20.000	20.000-50.000	50.000-100.000	meer dan 100.000	
eerstelijnsdisciplines						
huisartsen	14,3	12,5	29,9	44,4	57,1	53,8
wijkverpleging	11,4	14,1	16,5	25,9	21,4	19,2
AMW	58,6	70,3	77,3	81,5	85,7	15,4
gezinszorg	63,0	29,7	41,2	40,7	28,6	26,9
fysiotherapeuten	-, -	4,7	3,1	7,4	7,1	11,5
tandartsen	1,4	3,1	5,2	11,1	7,1	7,7
verloskundigen	-, -	1,6	3,1	3,7	-, -	3,8
apothekers	-, -	1,6	4,1	7,4	-, -	3,8

Het feit dat veel van deze samenwerkingsverbanden taken hebben op het gebied van het vestigingsbeleid zal hier niet vreemd aan zijn. Met de overige kerndisciplines hebben de intergemeentelijke samenwerkingsverbanden aanmerkelijk minder contact. Dit betekent niet dat ten aanzien van het AMW weinig intergemeentelijk wordt samengewerkt. Aangezien de werkgebieden van veel AMW-instellingen niet zijn afgestemd op de WGR-regio's (waarop de meeste intergemeentelijke samenwerkingsverbanden die zich met de eerstelijns bezighouden zich richten), zijn hier weer andere gemeenschappelijke regelingen voor getroffen.

Een minderheid van de geënquêteerde gemeenten wenst een frequenter contact met de eerstelijnsdisciplines. Huisarts en wijkverpleging zijn in dit verband de meest gewenste disciplines. Gemeenten met

Tabel 5.10.: Percentage van de gemeenten die frequenter contact willen, naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

% van gemeenten in grootteklasse	bevolkingsgrootteklasse					totaal	i.s.v.
	10.000 en minder	10.000 t/m 20.000	20.000 t/m 50.000	50.000 t/m 100.000	meer dan 100.000		
frequenter contact met:							
huisarts	7,1%	18,8%	35,1%	37,0%	35,7%	24,3%	23,1
wijkverpleging	7,1%	17,2%	33,0%	37,0%	50,0%	23,9%	34,6
gezinszorg	7,1%	17,2%	29,9%	37,0%	35,7%	22,1%	30,8
AMW	5,7%	10,9%	26,8%	29,6%	35,7%	18,4%	30,8
fysiotherapeuten	5,7%	7,8%	17,5%	33,3%	21,4%	14,0%	26,9
tandartsen	5,7%	7,8%	17,5%	33,3%	14,3%	13,6%	26,9
verloskundigen	5,7%	7,8%	17,5%	33,3%	21,4%	14,0%	23,1
apotheken	5,7%	7,8%	17,5%	33,3%	21,4%	14,0%	23,1

Tabel 5.11.: Factoren die een frequenter contact met de eerstelijns belemmeren, naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel als percentage van de gemeenten die een frequenter contact wensen

% van gemeenten in grootteklasse	bevolkingsgrootteklasse					i.s.v.
	10.000 en minder	10.000 t/m 20.000	20.000 t/m 50.000	50.000 t/m 100.000	meer dan 100.000	
belemmeringen voor meer contact						
geen instrumenten	66,7%	41,7%	38,9%	63,6%	50,0%	30,8
geen tijd/mankracht	16,7%	33,3%	27,8%	18,2%	33,3%	7,7
vrije ber. ongeorganiseerd	16,7%		11,1%	9,1%		
diversiteit financiering		8,3%	5,6%	18,2%	16,7%	
onwil disciplines		8,3%	11,1%	18,2%		
overigen	16,7%	16,7%	25,0%	9,1%	16,7%	7,7

minder dan 20.000 inwoners hebben hieraan duidelijk minder behoefte dan grotere gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden. De laatsten hebben al redelijk frequent contact met de huisartsen, maar missen nog contact met de gezinszorg en het maatschappelijk werk. De relatief grote belangstelling voor contact met de overige kerndisciplines kan eveneens worden verklaard uit het ontbreken van contact op dit moment.

Als belangrijkste belemmerende factor voor meer contact met de eerstelijnsdisciplines noemen de gemeenten het ontbreken van instrumenten om op dit terrein daadwerkelijk een beleid te voeren. Een tweede veel genoemde belemmerende factoren was het ontbreken van tijd en

mankracht bij het ambtelijk apparaat om dat contact te onderhouden. Binnen een keur van overige factoren werden het feit dat de vrije beroepsgroepen weinig georganiseerd zijn, de diversiteit van de financieringsstromen en onwil van de kant van de disciplines nog het meest genoemd. Een duidelijk verband met de bevolkingsgrootteklasse ontbreekt hier. De kleine absolute aantallen gemeenten die een frequenter contact wensen, hebben hiermee te maken.

Tenslotte is de gemeenten die enig contact hebben gevraagd of zij dat contact goed, matig of slecht waarderen. De uitkomsten van deze vraag staan in tabel 5.12 en 5.1.

Tabel 5.12.: Gemeenten naar waardering van het contact dat zij hebben met de verschillende eerstelijnsdisciplines

rijpct.	waardering			onbe- kend	n
	goed	matig	slecht		
eerstelijnsdiscipline					
huisarts	70,0	21,8	1,6	6,6	234
wijkverpleging	72,5	18,0	0,5	9,0	211
AMW	83,3	10,3	0,4	6,1	263
gezinszorg	78,6	12,0	0,4	8,9	224
fysiotherapeuten	59,6	19,1	1,1	20,2	89
tandartsen	61,0	15,8	1,2	22,0	110
verloskundigen	57,6	11,9	-,	30,5	59
apothekers	61,0	15,8	1,2	22,0	82

Het contact met de verschillende eerstelijnsdisciplines wordt door de meeste gemeenten als goed beoordeeld. Slechts een zeer klein deel van de gemeenten waardeert de contacten als slecht. Het meest positief zijn de gemeenten over de contacten met het AMW en de gezinszorg, de disciplines waar ook het meest frequent contact mee is. Het contact met fysiotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en apothekers wordt het minst vaak positief beoordeeld. Dit komt vooral doordat voor een deel van de gemeenten het contact dermate sporadisch is, dat zij geen waardering kunnen geven.

In tabel 5.13 zien we het percentage dat het contact 'minder dan goed' beoordeelt, uitgesplitst naar bevolkingsgrootteklasse. Een duidelijk verband komt niet uit de tabel naar voren. De kleinere ge-

meenten lijken het contact met het AMW relatief slecht te beoordelen. Bij de overige disciplines is in elk geval geen sprake van een lineair verband.

Tabel 5.13.: Percentage gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden dat het contact met de verschillende eerstelijnsdisciplines matig of slecht waardeert per bevolkingsgrootteklasse

	bevolkingsgrootteklasse					i.s.v.'s
	10.000 of minder	10.000- 20.000	20.000- 50.000	50.000- 100.000	meer dan 100.000	
eerstelijns- discipline						
huisarts	19,4	24,5	21,6	37,0	23,1	23,0
wijkverpleging	13,2	26,6	19,0	9,6	23,1	11,5
AMW	18,4	13,1	6,2	3,9	7,1	7,6
gezinszorg	12,3	17,7	9,6	9,1	18,2	15,3
fysiothera- peuten	29,4	11,8	15,1	33,3	30,0	11,5
tandartsen	18,8	12,6	16,2	36,9	22,2	3,8
verloskundigen	25,0	9,1	8,0	14,3	-,	7,6
apothekers	21,4	13,4	14,7	36,4	-,	15,3

5.6. Conclusie

Uit dit hoofdstuk komt een beeld naar voren dat tamelijk consistent door de verschillende paragrafen heenloopt. Gemeentelijke activiteit op het gebied van de voorbereiding van een beleid voor de eerstelijnsgezondheidszorg vindt in een groot aantal gemeenten plaats. Er is echter een sterk verband met de **gemeentegrootte**, wat verband kan houden met de zeer grote verschillen in ambtelijke capaciteit tussen grote en kleine gemeenten. Van de grootste gemeenten heeft de overgrote meerderheid specifiek op de eerstelijns gerichte nota's geschreven, heeft het grootste deel een standpunt over de belangrijkste eerstelijnsdoelstellingen en vinden er geregeld contacten met de eerstelijnsdisciplines plaats. Het overgrote deel van de kleinste gemeenten heeft nauwelijks contacten en hier ontbreken nota's. Ook heeft men meestal geen oordeel over de belangrijkste eerstelijns-

doelstellingen. De gemeenten in de tussenliggende klassen nemen een tussenpositie in zodat sprake is van een lineair verband tussen gemeentegrootte en activiteit.

De gemeenten onderschrijven de belangrijkste beleidsdoelstellingen van de rijksoverheid ten aanzien van de eerstelijns en vinden dat de gemeenten een rol dienen te spelen bij de verwezenlijking van die doelstellingen. Ook zien we dat als belangrijkste belemmerende factor voor meer contact het ontbreken van instrumenten naar voren wordt geschoven.

6. VESTIGINGSBELEID

6.1. Inleiding

De enige concrete invoeringsmaatregel van de WVG waarmee alle gemeenten te maken hebben gekregen, is het **'Vestigingsbesluit Huisartsen'**. Dit vestigingsbesluit geeft burgemeester en wethouders de bevoegdheid om een vergunning te verbinden aan de vestiging van huisartsen binnen hun grenzen. De gemeenten kunnen echter geen vergunningen naar eigen goedgevonden verstand verlenen dan wel intrekken. Zij zijn gebonden aan nauw omschreven rijksnormen, aangaande de toegestane capaciteit aan huisartsen en de toegestane praktijkomvang. Bovendien moet een gemeente zich laten adviseren door een **'vestigingsadviescommissie'**, minimaal bestaande uit vertegenwoordigers van de zittende huisartsen, van de andere eerstelijnsdisciplines, van de ziektekostenverzekeraars en van de patiënt.

Het vestigingsbesluit is sinds 1 februari 1986 in werking. Op het moment dat de schriftelijke enquête in januari 1987 uitging, waren de **aanloopmoeilijkheden** nog niet achter de rug. Uit een door het SGBO (de afdeling Sociaal-Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten) in de periode oktober 1986 tot en met januari 1987 gehouden enquête, blijkt dat in 53% van de zelfstandig uitvoerende gemeenten en in 37% van de in regionaal uitvoerende gemeenten nog geen vestigingsadviescommissie (v.a.c.) functioneert. De door het NIVEL gehouden enquête is iets later gehouden, namelijk in de periode januari tot en met mei 1987. Er kan dus niet worden gesproken van een momentopname. In de tussentijd zijn ongetwijfeld een aantal vac's ingesteld. Uit de invulling van formulieren blijkt echter dat men nog niet door de aanloopfase heen is. Vaak zijn mededelingen als 'komt nog' of 'in voorbereiding' bijgeschreven. Het doel van dit onderzoek is echter niet om de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van het vestigingsbeleid weer te geven, noch is het de bedoeling uitgebreid in te gaan op de problemen die de gemeenten tegenkwamen bij de uitvoering van de vestigingsregeling. Hiervoor verwezen zij naar het rapport van het SGBO (1987).

Doel van dit onderzoek is na te gaan welke beleidsactiviteiten gemeenten ontplooiën. Het vestigingsbesluit is dus vooral interessant als mogelijkheid voor de gemeenten om het als **beleidsinstrument** aan te wenden. Daarmee kan de aandacht vooral worden gericht op gemeen-

ten die de aanloopmoeilijkheden achter de rug hebben. Uitvoeringsproblemen komen alleen aan de orde voor zover zij van invloed zijn op de mogelijkheid om beleid te voeren.

Gedurende de onderzoeksperiode bestond onduidelijkheid over de beleidsruimte die de vestigingsregeling de gemeente laat, met name als het gaat om het stellen van criteria aan nieuw te vestigen huisartsen. Salemink (1985) stelt dat er op het terrein van de keuze van degenen die zich mogen gaan vestigen mogelijkheden liggen voor gemeentelijk beleid, maar het instrument is niet waterdicht, want aan de vergunningverlening kunnen geen voorwaarden worden verbonden. De rol van de **vestigingscommissie** is in dit opzicht belangrijk. De vestigingsadviescommissie adviseert de gemeente met betrekking tot de selectie van kandidaten. De gemeente zal zwaarwegende redenen moeten hebben om van het advies van de commissie te mogen afwijken (Nicolaï, 1986). Tijdens de onderzoeksperiode was er geen sprake van een grote mate van overeenstemming over wat die zwaarwegende redenen dan wel zijn en in hoeverre de gemeente op dat moment haar eigen voorkeur voor een bepaald type arts naar voren mag brengen. De inmiddels ontwikkelde jurisprudentie wijst erop dat gemeenten inderdaad beleidsvrijheid kunnen claimen bij de selectie van een kandidaat (Both en Schrijver, 1987; Roelofs, 1987). Minimaal moeten gemeenten dan tevoren hun criteria hebben geëxpliciteerd en zich daarover hebben laten adviseren door de commissie.

Gezien de onduidelijkheid over de bevoegdheden is ten tijde van de uitvoering van de enquête grote variatie te verwachten in de wijze waarop gemeenten de vestigingsregeling gebruiken.

Veel daarbij is afhankelijk van de positie die de zittende huisartsen innemen. Allerwege wordt verondersteld dat deze een belangrijke (zo niet de belangrijkste) stem in het kapittel blijven houden. Bekend is bijvoorbeeld dat soms de 'oude' **vestigingsprocedure van de LHV** wordt gevolgd voorafgaande aan de procedure rond de vestigingsadviescommissie.

In dit hoofdstuk wordt eerst (kort) ingegaan op de intergemeentelijke samenwerking bij de uitvoering van de vestigingsregeling. Vervolgens wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de voor het voeren van een vestigingsbeleid vereiste informatie over de praktijkomvang van de huisartsen beschikbaar is. De gemeentelijke activiteit rond de praktijkomvang komt aan de orde in paragraaf 6.4. De activiteiten met betrekking tot de capaciteit worden in paragraaf 6.5 behandeld. De aanwezigheid en de inhoud van een gemeentelijk beleidskader worden in paragraaf 6.6 behandeld. Tenslotte komen de gevolgde procedures aan de orde en dan met name de vraag welke rol de huisartsen

daarbij spelen.

6.2. Zelfstandige versus regionale uitvoering

In hoofdstuk 4 zagen we dat een deel van de gemeenten de vestigingsregeling zelfstandig uitvoert en een (groter) deel dit in samenwerking met andere gemeenten (al of niet in WGR-verband) doet. Intergemeentelijke samenwerking betekent echter nog niet dat de regio de beleidsbepalende instantie is. In veel gevallen beperkt de samenwerking zich tot afstemming en coördinatie, maar ook als het beleid intergemeentelijk wordt voorbereid en uitgevoerd blijven de deelnemende gemeenten vaak de belangrijkste beleidsbepalende factor. We zien dit bijvoorbeeld aan het feit dat in 77% van de regio's waarin bij de uitvoering van de vestigingsregeling wordt samengewerkt, de vergunningverlening in handen van de gemeenten blijft (SGBO, 1987, p. 10). Er zijn dus voor ons geen redenen om de intergemeentelijk samenwerkende gemeenten buiten beschouwing te laten in dit hoofdstuk en de aandacht te concentreren op de intergemeentelijke samenwerkingsverbanden en de zelfstandig werkende gemeenten. Evenals in de voorgaande hoofdstukken worden de resultaten van de enquête onder

Tabel 6.1.: gemeenten naar wijze van uitvoering van het vestigingsbeleid per bevolkingsgrootteklasse en landsdeel

	wijze van uitvoering		totaal	
	solo (%)	regio (%)	%	abs.
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 en minder	8,6	91,4	100,0	70
10.000 t/m 20.000	20,3	79,7	100,0	64
20.000 t/m 50.000	25,8	72,2	100,0	97
50.000 t/m 100.000	48,1	51,9	100,0	27
meer dan 100.000	65,3	34,7	100,0	14
landsdeel				
noord	2,6	97,4	100,0	38
oost	33,9	66,1	100,0	59
west	48,8	51,2	100,0	88
zuid	3,5	96,5	100,0	87
totaal	24,6	75,4	100,0	272

intergemeentelijke samenwerkingsverbanden naast de resultaten van de enquête onder de gemeenten gezet. Wel zal in dit hoofdstuk in de tabellen expliciet onderscheid worden gemaakt tussen de zelfstandig en de regionaal uitvoerende gemeenten.

In tabel 6.1 zijn zelfstandig (solo) uitvoerende gemeenten vergeleken met regionaal uitvoerende gemeenten. Hoe groter een gemeente, hoe vaker men overgaat tot zelfstandige uitvoering, zo blijkt hieruit. Het verband tussen landsdeel en wijze van uitvoering is nog sterker. De zelfstandig uitvoerende gemeenten zijn in zeer sterke mate geconcentreerd in het oosten en het westen des lands. Met deze verbanden in het achterhoofd moeten de tabellen in de rest van dit hoofdstuk worden gezien.

6.3. Informatieverzameling over de praktijkomvang

Een vestigingsbeleid voor huisartsen kan niet worden gevoerd zonder informatie over de praktijkomvang van die huisartsen. In de eerste plaats is dit nodig om te toetsen of deze voldoet aan de gestelde normen voor de minimale en maximale praktijkomvang. Overigens zou de norm met betrekking tot de maximale praktijkomvang pas in 1991 in werking treden. In de tweede plaats is informatie over de praktijkomvang nodig om te kunnen vaststellen of er volgens de geldende normen nog ruimte is voor een extra vestiging.

Tabel 6.2 geeft de stand van zaken weer met betrekking tot de informatieverzameling in de geënquêteerde gemeenten. Het blijkt dat de helft van de gemeenten informatie binnen heeft. De solo-gemeenten blijken iets verder te zijn met de informatieverzameling dan de regio-gemeenten en de intergemeentelijke samenwerkingsverbanden. Gemeenten met meer dan 50.000 inwoners zijn wat verder met de informatie-verzameling dan de kleinere gemeenten. De gemeenten in het noorden blijven bij de informatieverzameling duidelijk achter bij de rest van Nederland.

De redenen waarom (nog) geen informatie is verzameld kunnen uiteenlopen. Voor een aantal gemeenten zal de urgentie ontbreken omdat er overduidelijk geen ruimte is voor nieuwe huisartsen en de zittende huisartsen nog in de kracht van hun leven zijn. Andere gemeenten zijn nog verwickeld in de procedures rond de ontwikkeling van een vestigingsverordening en het instellen van een vestigingsadviescommissie. Enkele gemeenten melden op het enquêteformulier dat dit komt door tegenwerking van de zittende huisartsen.

Wat ook de reden is, we kunnen in elk geval constateren dat een

groot deel van de gemeenten (nog) niet in staat is om een beleid te voeren omdat de beschikbare informatie ontbreekt.

Tabel 6.2.: gemeenten naar mate waarin informatie over de praktijkomvang is verzameld, uitgesplitst naar solo/regio en bevolkingsgrootteklasse (n=272)

	informatie over praktijkomvang			totaal
	verza- meld	niet verza- meld	verwij- zing	
uitvoering vestigingsbeleid				
solo	61,2	38,8	-, -	100,0
regio	44,9	51,2	3,9	100,0
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 of minder	41,4	57,1	3,9	100,0
10.000 t/m 20.000	46,9	46,9	6,3	100,0
20.000 t/m 50.000	49,5	47,4	3,1	100,0
50.000 t/m 100.000	59,3	40,7	-, -	100,0
meer dan 100.000	71,4	28,6	-, -	100,0
landsdeel				
noord	31,6	68,4	-, -	100,0
oost	57,6	42,4	-, -	100,0
west	56,8	42,1	-, -	100,0
zuid	42,5	49,4	8,1	100,0
totaal gemeenten	48,9	48,2	2,9	100,0
i.s.v.'s	53,8	46,2	-, -	100,0

6.4. De praktijkomvang

Het vestigingsbesluit stelt uit kwaliteitsoverwegingen een minimum en een maximumnorm aan de praktijkomvang van de zittende huisartsen. De minimale praktijkomvang bedraagt 800 personen, maar mag gedurende een aaneengesloten periode van twee jaren beneden deze norm

blijven. De maximale praktijkomvang bedraagt 2750 personen. Huisartsen mogen geen personen inschrijven waardoor deze omvang wordt overschreden. Praktijken die boven de norm zitten, hebben tot 1991 de tijd gekregen om hun praktijk tot beneden het maximum af te bouwen. De aanwezigheid van te kleine praktijken of te grote praktijken vereist dus bemoeienis van de gemeente. Hetzelfde geldt voor praktijken, die in 1991 nog boven het maximum zitten. Te grote praktijken hebben tot 1991 de tijd om af te bouwen. De aanwezigheid van veel kleine of veel grote praktijken heeft voorts consequenties voor de

Tabel 6.3.: gemeenten waarin zich praktijken beneden de minimum- of boven de maximumnorm bevinden: absoluut aantal en percentage van alle gemeenten die informatie van de huisartsen hebben ontvangen, uitgesplitst naar wijze van uitvoering van het vestigingsbeleid, bevolkingsgrootteklasse en landsdeel

	praktijken beneden minimum		praktijken boven maximum	
	abs.	% van de gemeenten	abs.	% van de gemeenten
uitvoering vestigingsbeleid				
solo	17	42,5	26	65,0
regio	24	25,8	54	58,1
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 en minder	2	6,9	9	31,0
10.000 t/m 20.000	5	16,7	15	50,0
20.000 t/m 50.000	15	31,3	33	68,8
50.000 t/m 100.000	11	68,8	14	87,5
meer dan 100.000	8	80,0	9	90,0
landsdeel				
noord	--	--	8	66,7
oost	13	38,2	24	70,6
west	16	32,0	31	62,0
zuid	12	32,4	17	45,9
totaal	41	30,8	80	60,2

capaciteit. Veel kleine praktijken leidt tot een overschot aan huisartsen en veel grote praktijken kan leiden tot een tekort. Hierop wordt in de volgende paragraaf verder ingegaan.

Tabel 6.3 geeft aan hoeveel gemeenten met praktijken beneden het minimum dan wel praktijken die boven het maximum te maken hebben. Let wel, gemeenten die nog geen informatie over de praktijkomvang hebben verzameld, zijn buiten de tabel gelaten. In 30% van de gemeenten die informatie verzameld hebben, kwamen praktijken beneden de minimumnorm voor. Praktijken boven de maximumnorm komen in twee keer zo veel gemeenten voor. Er is natuurlijk een duidelijk verband met de bevolkingsomvang. Naarmate een gemeente groter is, zitten er nu eenmaal meer huisartsen, waardoor de kans op het voorkomen van boven- of benedennormale praktijken toeneemt. In kleine gemeenten komen bovennormale praktijken aanzienlijk vaker voor dan benedennormale praktijken. In grote gemeenten komen benedennormale praktijken bijna even vaak voor als benedennormale. Daar zou de conclusie uit getrokken kunnen worden dat in kleine gemeenten meer capaciteit voorhanden is. De absolute aantallen zijn echter klein doordat zeer veel kleine gemeenten nog geen informatie hebben verzameld.

Tabel 6.4 geeft informatie over de aantallen huisartsen die de gemeente een praktijkomvang hebben opgegeven die beneden de minimum of boven de maximumnorm ligt. Beneden de minimumnorm bleven 119 praktijken en boven het maximum vier keer zoveel, namelijk 475. Om een idee te krijgen van het relatieve belang van deze aantallen zijn ze betrokken op de aantallen huisartsen in de gemeenten die informatie hebben ontvangen. Uit de aldus berekende percentages blijkt dat een kwart van de huisartspraktijken niet aan de normen met betrekking tot de praktijkomvang voldoet, 5% zit onder het minimum en 20% boven het maximum. Praktijken beneden de minimumnorm komen relatief vaker voor in grote gemeenten en praktijken boven het maximum in kleine gemeenten. Bij de uitsplitsing per landsdeel zien we relatief veel grote praktijken in het noorden en relatief weinig in het zuiden. Voor het noorden lijkt dit in tegenspraak met bestaande feiten. De huisartsendichtheid ligt hier namelijk boven het landelijk gemiddelde. Het verschil kan worden verklaard uit het feit dat in het noorden relatief veel kleine gemeenten voorkomen, die pas informatie gaan verzamelen op het moment dat duidelijk is dat er ruimte is voor nieuwe vestigingen. Hierop wordt in de volgende paragraaf nader ingegaan.

Voor de gemeentelijke beleidsontwikkeling is van belang dat een

Tabel 6.4.: huisartsen, praktijkomvang beneden de minimum- of boven de maximumnorm: absoluut aantal en percentage van het totaal aantal huisartsen in de gemeenten die informatie van de huisartsen hebben ontvangen, uitgesplitst naar wijze van uitvoering van het vestigingsbeleid, bevolkingsgrootteklasse en landsdeel

	praktijken beneden minimum		praktijken boven maximum	
	abs.	% van de huisartsen	abs.	% van de huisartsen
uitvoering vestigingsbeleid				
solo	72	7,1	209	20,6
regio	47	3,8	26	21,6
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 en minder	3	3,9	19	25,0
10.000 t/m 20.000	6	3,3	37	20,3
20.000 t/m 50.000	27	4,6	153	26,2
50.000 t/m 100.000	34	7,0	104	21,4
meer dan 100.000	49	5,3	158	17,2
landsdeel				
noord	--	-, -	28	30,1
oost	28	4,9	136	23,9
west	64	5,5	224	19,3
zuid	27	6,3	87	9,4
totaal	119	5,3	4754	21,1

groot aantal gemeenten door het voorkomen van te kleine of te grote praktijken zich binnen afzienbare tijd voor de taak gesteld zien activiteiten op dit terrein te ondernemen. Het feit dat grote praktijken vaker voorkomen dan kleine, heeft consequenties voor de capaciteit. We komen daarop in de volgende paragraaf terug.

6.5. De capaciteit

De vestigingsregeling geeft de gemeenten potentieel mogelijkheden om hun invloed te doen gelden op het moment dat er ruimte is voor een nieuwe vestiging. Is er geen ruimte en voldoen de zittende huisartsen aan de normen met betrekking tot de praktijkomvang dan heeft de vestigingsregeling voor de betreffende gemeente geen betekenis als instrument om een eerstelijnsbeleid te voeren. De vraag of er ruimte is, is dus voor de mogelijkheid om een eerstelijnsbeleid te voeren van groot belang.

Er is ruimte in een bepaald gebied (een solo-gemeente of een regio) als de gezamenlijke capaciteit van de in dat gebied gevestigde huisartsen, vermeerderd met 1250 personen, groter is dan de omvang van de bevolking van dat gebied. Onder de gezamenlijke capaciteit wordt verstaan het totaal aantal inwoners in het betreffende gebied gedeeld door de omvang van de normpraktijk zijnde 2350 inwoners. Als huisartsen burgemeester en wethouders te kennen geven te streven naar een praktijkomvang beneden de normpraktijk, wordt de capaciteit groter. In dat geval wordt voor die betreffende arts de door hem opgegeven praktijkomvang aangehouden. Anderzijds kunnen burgemeester en wethouder vergunningen verlenen boven de bestaande capaciteit uit indien zij een aanmerkelijke groei van de bevolking op korte termijn verwachten. Ook kunnen zij een vergunning boven de bestaande capaciteit uit verlenen als door praktijkbeëindiging een onevenwichtige spreiding dreigt te ontstaan. Tenslotte schept een overgangsbepaling voor burgemeester en wethouders de mogelijkheid om, indien in hun gemeente volgens de normen sprake is van overcapaciteit op het moment dat het besluit in werking treedt die overcapaciteit te mogen handhaven 'indien de samenstelling van de bevolking daartoe noopt'.

Voor de capaciteit is van belang of huisartsen de gemeente te kennen geven te streven naar een praktijkomvang, die beneden de normpraktijk ligt. Tabel 6.5 laat zien hoe vaak dat in de geënquêteerde gemeenten waarin de huisartsen hun praktijkomvang hebben opgegeven, is gebeurd. In 26,3% van deze gemeenten hebben in totaal 179 huisartsen te kennen gegeven te streven naar een praktijkomvang die beneden de normpraktijk ligt, 8% van alle huisartsen in gemeenten die informatie hebben verzameld. Dit verschijnsel komt dus redelijk frequent voor, vooral in zelfstandig uitvoerende, grote gemeenten.

Tabel 6.5.: percentage van de gemeenten* waarin minimaal één huisarts te kennen heeft gegeven te streven naar een praktijkomvang kleiner dan de normpraktijk, aantal gewenste kleine huisartspraktijken (absoluut aantal en percentage van het totaal aantal huisartspraktijken in gemeenten waar informatie verzameld is)

	gewenste kleine praktijken		
	% van de gemeenten	abs. aantal	% van alle praktijken
uitvoering vestigingsbeleid			
solo	39,0	129	12,7
regio	20,5	50	4,1
bevolkingsgrootteklasse			
10.000 en minder	6,9	1	1,3
10.000 t/m 20.000	20,0	8	4,4
20.000 t/m 50.000	22,0	55	9,4
50.000 t/m 100.000	56,3	46	9,5
meer dan 100.000	70,0	89	9,7
landsdeel			
noord	16,7	6	6,5
oost	23,5	51	9,0
west	34,0	95	8,2
zuid	21,6	27	6,3
totaal	26,3	179	8,0

Tabel 6.6 geeft aan in hoeverre in de geënquêteerde gemeenten sprake is van ruimte voor huisartsen, dan wel een overschot aan huisartsen. De tabel heeft niet alleen betrekking op de gemeenten die informatie over de praktijkomvang binnen hebben, maar op alle gemeenten. De gemeenten, die de benodigde informatie niet hadden, hebben de ruimte berekend volgens de norm van één huisarts op 2350 inwoners. De gegevens zijn gecontroleerd door ze te vergelijken met de ruimte berekend op basis van het inwonertal van de gemeente en het aantal huisartsen in die gemeente (bronnen: CBS en NIVEL-huisartsenregistratie). Hieruit bleek dat de door de gemeenten verstrekte ge

Tabel 6.6.: percentage van de gemeenten waarin sprake is van een overschot dan wel een tekort aan huisartsen, het overschot/tekort uitgedrukt in aantal huisartsen, uitgesplitst naar gemeenten die wel of geen informatie hebben verzameld naar uitvoering van het vestigingsbeleid, bevolkingsgrootteklasse en landsdeel

	ruimte				overschot			
	% van de gemeenten		aantal huisartsen*		% van de gemeenten		aantal huisartsen**	
	wel info	geen info	wel info	geen info	wel info	geen info	wel info	geen info
uitvoering vestigingsbeleid								
solo	35,0	25,9	18	11	5,0	7,4	10	11
regio	38,7	26,8	61	32	11,8	12,5	44	13
bevolkingsgrootteklasse								
10.000 en minder	20,7	14,6	5	5	3,4	7,3	0	1
10.000 t/m 20.000	20,0	20,6	6	7	6,7	8,8	3	2
20.000 t/m 50.000	50,0	38,8	36	27	6,2	12,2	10	6
50.000 t/m 100.000	62,5	36,4	20	4	12,5	18,2	9	4
meer dan 100.000	40,0	25,0	12	0	50,0	50,0	32	11
landsdeel								
noord	33,3	19,2	9	1	0,0	26,9	0	6
oost	47,1	24,0	24	8	5,9	4,0	10	1
west	34,0	35,1	24	23	10,0	13,2	23	14
zuid	35,1	24,0	22	11	16,2	6,0	21	3
totaal	37,6	26,6	79	43	9,8	11,5	54	24

* bij 14 gemeenten was de omvang van de ruimte onbekend.

** bij 8 gemeenten was de omvang van het overschot onbekend.

gevens betrouwbaar waren.

Op het moment dat werd geënquêteerd, was in 37,6% van de gemeenten, die informatie hadden verzameld ruimte voor minimaal één huisarts. In totaal was er ruimte voor 79 huisartsen in deze gemeenten. Statistisch gezien was er ruimte voor 43 huisartsen in de gemeenten die nog geen informatie hadden verzameld. Vooral in de middelgrote gemeenten bestaat nog enige ruimte voor nieuwe vestigingen. Het eerder geuite vermoeden dat gemeenten waar overduidelijk geen ruimte is minder snel informatie zijn gaan verzamelen, klopt met de cijfers. In slechts 26,6% van de gemeenten die nog geen informatie verzameld hebben, is statistisch gezien ruimte. Het voorkomen van een onverwacht hoog aantal bovennormale praktijken in het noorden kan aan het

verschil tussen gemeenten die wel en geen informatie hebben verstrekt, worden toegeschreven. In eenderde van de gemeenten die informatie hebben ingewonnen, is ruimte terwijl slechts bij 19% van de gemeenten die geen informatie hebben ingewonnen ruimte is.

Bij de gemeenten waar een overschot is, is een minder duidelijk onderscheid tussen gemeenten, die wel of geen informatie hebben verzameld. Dit komt doordat de overschotten zich concentreren in de grotere gemeenten, die in veel gevallen toch wel informatie verzameld hebben.

De situatie waarin gemeenten geblokkeerd zijn in hun mogelijkheden om de vestigingsregeling te benutten als beleidsinstrument doordat er een overschot is, doet zich dus in een beperkt aantal gemeenten voor. Dit zijn echter wel de grootste gemeenten in Nederland. Een aanzienlijk groter aantal gemeenten heeft wel vestigingsmogelijkheden. In hoeverre deze gemeenten trachten de nieuwe vestiging te gebruiken om een eerstelijnsbeleid te voeren, is hiermee niet beantwoord. Hier kan wellicht meer over worden gezegd als we naar de verleende vergunningen kijken.

Tabel 6.6.: aantal verleende vergunningen naar reden waarom deze werden verleend naar uitvoering vestigingsbeleid, bevolkingsgrootteklasse en landsdeel

	reden vergunningverlening						totaal	
	capaciteit	spreiding	vervang	associatie	verplaatst	overig*	abs.	% van gem.
uitvoering vestigingsbeleid								
solo	29	5	9	-	3	1	47	35,8
regio	27	17	16	8	5	2	75	22,9
bevolkingsgrootteklasse								
10.000 en minder	4	1	2	-	-	-	7	10,0
10.000 t/m 20.000	5	1	2	1	-	-	9	14,1
20.000 t/m 50.000	21	8	6	1	1	-	37	27,8
50.000 t/m 100.000	10	1	6	2	2	2	23	63,0
meer dan 100.000	16	11	9	4	5	2	46	78,6
landsdeel								
noord	2	2	3	1	-	-	8	21,1
oost	13	6	7	1	-	-	27	33,9
west	23	4	4	6	3	2	42	27,3
zuid	18	10	11	-	5	1	45	21,8
totaal	56	22	25	8	8	3	122	26,1

* overige redenen zijn: verlening vergunning vanwege te verwachten uitbreiding capaciteit door bouw van nieuwe wijk, verlening vergunning binnen de bestaande capaciteit van één huisarts.

Deze zijn weergegeven voor de verschillende gemeentegroepen in tabel 6.6. Door ruim een kwart van de geënquêteerde gemeenten zijn sinds de inwerkingtreding van de vestigingsregeling in totaal 122 vestigingsvergunningen verleend. Bijna 80% van de grootste gemeenten hebben ondanks de aanwezigheid van overschotten vergunningen verleend en dus de gehele procedure van de vestigingsregeling doorlopen. Van de kleinste gemeenten heeft slechts 10% een vergunning verleend.

Formeel gesproken laat, enkele uitzonderingen daargelaten, de vestigingsregeling alleen vestigingen toe als er capaciteit is. Een vervanging of een associatie is dus op zich geen voldoende reden om een vergunning te verlenen, er dient ook capaciteit te zijn. Daarom is het verrassend dat slechts een minderheid van de vergunningen is verleend op grond van de toegestane capaciteit. Veel gemeenten hebben in de enquête achter de antwoordmogelijkheid "overige reden om een vergunning te verlenen" antwoorden als "oude huisarts stopte" of "associatie" ingevuld. Formeel gesproken is dit dus geen reden om een vergunning te verlenen. Aangenomen moet echter worden dat door het stoppen van een huisarts op grond van de resterende capaciteit vervanging mogelijk was. Hetzelfde geldt voor de in acht gevallen opgegeven reden 'associatie'.

Van de uitzonderingsmogelijkheden die gemeenten hebben om vergunningen boven de bestaande capaciteit te verlenen, is het spreidingsargument veruit het belangrijkste. Er zijn 22 vergunningen verleend omdat door het wegvallen van een huisarts een onevenwichtige spreiding dreigde te ontstaan. Vooral de grote steden hebben deze mogelijkheid aangegrepen om, ondanks de bestaande overcapaciteit toch vestigingen te realiseren. Eén gemeente meldde twee vergunningen te hebben verleend omdat men door de bouw van een nieuwe wijk een snelle groei van de bevolking op korte termijn voorzag. Geen enkele gemeente meldde vergunningen te hebben verleend bij vervanging in een situatie van overcapaciteit omdat de samenstelling van de bevolking daar aanleiding toe gaf.

6.6. Een gemeentelijk beleidskader

In de inleiding van dit hoofdstuk vroegen we ons af in hoeverre gemeenten zouden trachten met behulp van de vestigingsregeling beleid te voeren. Welnu, om daar achter te komen, is de gemeenten gevraagd of zij een beleidskader hebben ontwikkeld waarin doelstellingen zijn opgenomen, die zij met behulp van het vestigingsbeleid zouden willen realiseren.

Tabel 6.7 geeft aan hoeveel gemeenten zo'n beleidskader hebben. De grote gemeenten blijken in de meerderheid van de gevallen doelstellingen te hebben ontwikkeld en ook in kleine gemeenten komt dit nog redelijk frequent voor. Een klein aantal gemeenten heeft aangegeven dat zij zo'n beleidskader in voorbereiding hebben. Van de intergemeentelijke samenwerkingsverbanden blijkt ook een meerderheid een beleidskader te hebben ontwikkeld. Vaak zullen de deelnemende gemeenten criteria leveren voor een regionaal beleidskader.

De volgende vraag die we kunnen stellen, is welke doelstellingen gemeenten dan wel nastreven. Formeel geeft de vestigingsregeling de

Tabel 6.7.: percentage gemeenten die een beleidskader voor de uitvoering van het vestigingsbeleid hebben dan wel er een in voorbereiding hebben naar uitvoering van het vestigingsbeleid, bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

	% met beleidskader	% met beleidskader in voorbereiding
uitvoering vestigingsbeleid		
solo	41,8	3,0
regio	29,8	2,9
bevolkingsgrootteklasse		
10.000 of minder	17,1	4,3
10.000 t/m 20.000	28,1	1,6
20.000 t/m 50.000	32,0	4,1
50.000 t/m 100.000	70,4	-, -
meer dan 100.000	64,3	-, -
landsdeel		
noord	23,7	-, -
oost	-, -	-, -
west	39,8	5,7
zuid	33,3	3,4
totaal gemeenten	32,7	2,9
i.s.v.'s	57,7	11,5

Tabel 6.8.: percentage gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden met beleidskader ten behoeve van het vestigingsbeleid voor huisartsen, uitgesplitst naar wijze van uitvoering van het vestigingsbesluit

	uitvoering vestigingsbesluit		i.s.v.'s
	solo	regio	
doelstellingen m.b.t.			
spreiding	78,6	63,0	80,0
praktijkmvang	25,0	24,3	33,3
afstemming werkgebieden	46,4	26,2	20,0
samenwerking	67,9	41,0	46,7
waarneemregeling	35,7	18,0	20,0
doorverwijzing	-, -	3,3	4,0
alternatieve geneeswijzen	7,1	16,1	4,0
levensbeschouwing huisarts	28,6	9,8	13,3
vrouwelijke huisarts	53,6	34,9	15,3
specifieke bevolkingsgroepen	10,7	4,9	-, -
overige	10,7	9,8	-, -
totaal %	100,0	100,0	100,0
totaal abs.	27,0	61,0	15,0

gemeenten alleen de mogelijkheid criteria te stellen ten aanzien van de spreiding van huisartsen over hun grondgebied. Een vergunning wordt afgegeven voor een bepaalde plaats. Voor verplaatsing van een praktijk moet dan ook een nieuwe vergunning van de gemeente worden verkregen. Daarnaast heeft de gemeente een soort toezichthoudende functie ten aanzien van de naleving van de normen voor de praktijkomvang. Op basis van andere criteria mag een gemeente een vergunning niet weigeren. Een gemeente kan echter wel haar wensen kenbaar maken bij de vestigingscommissie met de vraag deze in de selectie mee te nemen.

Om er achter te komen welke wensen gemeenten zoal hebben, is gevraagd welke doelstellingen zijn opgenomen in de beleidskaders die ten behoeve van het vestigingsbeleid zijn ontwikkeld. Tabel 6.8 geeft hier informatie over. Doelstellingen met betrekking tot de spreiding blijken in de meeste beleidskaders te zijn opgenomen. Bij de in regioverband samenwerkende gemeenten nog het minst, waar-

schijnlijk omdat hier veel kleine gemeenten bijzitten waar het hanteren van een spreidingscriterium nauwelijks relevant is. De normen voor de praktijkomvang zijn dermate nauw omschreven dat die voor de gemeenten geen beleidsruimte overlaten. In de meeste gemeentelijke beleidskaders vinden we daar dan ook niets over.

Van de criteria waaraan de gemeente de afgifte van een vergunning niet mag verbinden, is samenwerking de meest voorkomende. Meer dan tweederde van de zelfstandig uitvoerende gemeenten hanteren dit criterium. Het tweede criterium dat zich in de gemeentelijke belangstelling mag verheugen is het streven naar meer vrouwelijke huisartsen. Alleen bij de intergemeentelijke samenwerkingsverbanden komt dit weinig voor. Voorstelbaar is echter dat deze zich in hun beleidskader beperken tot het spreidingsplaatje en belangrijke algemene doelstellingen met betrekking tot samenwerkingsbevordering. Wensen met betrekking tot specifieke kenmerken van de te vestigen huis-

Tabel 6.9.: percentage gemeenten met doelstellingen opgenomen in het beleidskader ten behoeve van het vestigingsbeleid voor huisartsen en naar bevolkingsgrootteklasse

	bevolkingsgrootteklasse				
	10.000 of minder	10.000- 20.000	20.000- 50.000	50.000- 100.000	meer dan 100.000
doelstellingen w.b.t.					
spreiding	66,7	61,1	54,8	100,0	66,7
praktijkomvang	25,0	27,8	29,4	31,6	22,2
afstemming werkgebieden	25,0	22,2	19,4	52,6	66,7
samenwerking	33,3	33,3	38,7	78,9	77,8
waarneemregeling	8,3	27,8	22,6	21,1	44,4
doorverwijzing	-, -	-, -	-, -	10,5	-, -
alternatieve					
geneeswijzen	8,3	22,2	19,4	31,6	44,4
levensbeschouwing arts	-, -	11,1	16,1	21,1	33,3
vrouwelijke arts	8,3	27,8	45,2	57,9	66,7
specifieke bevolkings- groepen	-, -	-, -	3,2	15,8	22,2
overige	8,3	5,6	12,9	10,6	11,1
totaal %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
totaal abs.	12,0	18,0	31,0	19,0	9,0

arts worden dan aan de individuele gemeenten overgelaten. Andere vaak gestelde criteria in volgorde van belangrijkheid zijn afstemming van werkgebieden, waarnemregelingen en levensbeschouwing van de te vestigen huisarts. Minder frequent genoemde criteria zijn de voorkeur voor een huisarts die zich richt op specifieke bevolkingscategorieën (zoals ouderen of buitenlanders).

In tabel 6.9 zijn de verschillende doelstellingen uitgesplitst naar bevolkingsgrootteklasse van de gemeente. Bij kleine gemeenten blijkt het spreidingscriterium een relatief belangrijke plaats in te nemen. Structuurcriteria en criteria met betrekking tot specifieke huisartskenmerken worden door kleine gemeenten relatief weinig gesteld. Bij grote gemeenten zien we dat zowel structuurcriteria ten aanzien van afstemming van werkgebieden, samenwerking en de waarnemregeling, als criteria met betrekking tot specifieke kwaliteiten van de te vestigen huisarts in grote gemeenten aanzienlijk vaker voorkomen.

6.7. De vestigingsadviescommissie

De vraag in hoeverre een gemeente de doelstellingen uit haar vestigingsbeleid kan verwezenlijken, is voor een deel afhankelijk van de vestigingsadviescommissie. Nu heeft de gemeente die commissie zelf ingesteld en kan binnen de randvoorwaarden van de regeling invloed uitoefenen op de ~~samenstelling~~ **samenstelling** van die commissie. In sommige vestigingscommissies heeft de gemeente of het intergemeentelijk samenwerkingsverband zelf zitting in de persoon van de burgemeester, de wethouder of een gewestbestuurder. De SGBD constateert dat dit in vijf commissies van zelfstandig uitvoerende gemeenten en in tien commissies van regionaal uitvoerende gemeenten het geval is. Daarnaast is in elf regionale en in elf zelfstandige commissies de directeur van de GG en GD of de basisgezondheidsdienst vertegenwoordigd. Ook als gemeenten zelf formeel geen deel uitmaken van de commissie zal het secretariaat door een gemeente-ambtenaar of een ambtenaar van het intergemeentelijk samenwerkingsverband worden gevoerd. Daarnaast kan een gemeente die bijvoorbeeld meer vrouwelijke huisartsen wil of meer beoefenaars van alternatieve geneeswijzen zorgen dat vrouwen in de commissie sterk vertegenwoordigd zijn of een vertegenwoordiger van beoefenaars van alternatieve geneeswijzen in de commissie is opgenomen. Uit gegevens van het SGBD kan worden opgemaakt dat in 51% van de commissies in solo-gemeenten en in 47% van de regio's helemaal geen vrouwen in de commissies zijn vertegenwoordigd. Beoefe-

naars van alternatieve geneeswijzen vinden we in 7% van de commissies in solo-gemeenten en in 9% van de commissies in regio's. Verder kan worden gewezen op het feit dat in enkele commissies 'pro-life'-artsen zijn vertegenwoordigd (1% van de solo-gemeenten en 4% van de regiogemeenten).

Een aangrijpingspunt voor gemeentelijk beleid vormen de **profiel-schetsen** die vaak door vestigingsadviescommissies worden gemaakt. In meer dan de helft van de gemeenten, die een enquêteformulier hebben ingevuld, wordt door de vestigingsadviescommissie een profielschets gemaakt (en dit is aan de gemeente bekend). In de grote gemeenten blijkt een dergelijke gang van zaken tamelijk gemeengoed te zijn. Zoals we hebben gezien zijn dit ook de gemeenten waar het meest criteria worden gesteld die buiten de vestigingsregeling vallen.

Tabel 6.10.: percentage gemeenten waarin een profielschets wordt gemaakt door de v.a.c., naar uitvoering vestigingsbeleid, bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

	profiel-schets			totaal
	wél of mee bezig	niet	n.v.t., onbekend of verwijzing	
uitvoering vestigingsbeleid				
solo	59,7	19,4	20,9	100,0
regio	54,7	22,4	22,9	100,0
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 en minder	44,3	25,7	30,0	100,0
10.000 t/m 20.000	54,7	15,6	29,7	100,0
20.000 t/m 50.000	55,6	24,7	19,6	100,0
50.000 t/m 100.000	81,5	11,1	7,4	100,0
meer dan 100.000	71,4	28,6	-, -	100,0
totaal gemeenten	55,9	21,7	22,4	100,0
i.s.v.'s	65,3	15,4	19,2	100,0

De gemeentelijke invloed zal ook sterk samenhangen met de mate waarin de zittende huisartsen blijven vasthouden aan hun eigen procedu-

res bij de opvulling van een plaats voor een nieuwe huisarts. Uit tabel 6.11 blijkt dat het een minderheid van de gemeenten bekend is dat de 'oude' LHV-procedure voorafgaat aan de wettelijke procedure rond de vestiging van een nieuwe huisarts. Een duidelijk verband met de grootte van de gemeenten is hier niet. Gemeenten met meer dan 20.000 inwoners en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden lijken vaker op de hoogte van het feit dat de LHV-procedure de wettelijke procedure niet voorafgaat. Dat de LHV-procedure de wettelijke vestigingsregeling niet voorafgaat, betekent overigens niet dat de zittende huisartsen weinig invloed op de nieuwe vestiging hebben. In veel gevallen zullen de zittende huisartsen toch de selectie van de

Tabel 6.11.: percentage gemeenten waarin de LHV-procedure aan de wettelijke procedure voorafgaat naar uitvoering vestigingsbeleid (n=272)

	LHV-procedure			totaal
	wel	niet	n.v.t./ onbekend	
uitvoering vestigingsbeleid				
solo	22,4	49,3	28,4	100,0
regio	21,5	45,4	33,2	100,0
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 en minder	17,1	38,6	44,3	100,0
10.000 t/m 20.000	25,0	39,1	35,9	100,0
20.000 t/m 50.000	22,7	52,6	24,7	100,0
50.000 t/m 100.000	14,8	59,3	25,9	100,0
meer dan 100.000	35,7	50,0	14,3	100,0
totaal gemeenten	21,7	46,3	32,0	100,0
i.s.v.'s	15,4	69,2	15,4	100,0

kandidaten doen. Het SGB0-onderzoek geeft aan dat bij 18% van de commissies in solo-gemeenten en 24% van de regionale commissies de commissie een actieve rol speelt bij de werving. De commissie toetst wel de geselecteerde kandidaat aan de profielschets.

6.8. Conclusie

De enquête onder de gemeenten is gehouden in een periode waarin het gemeentelijk vestigingsbeleid nog volop in ontwikkeling was. Veel vestigingsadviescommissies waren nog niet of maar zeer kort geleden ingesteld. Er was nog geen duidelijkheid over de vraag wat gemeenten met het vestigingsbeleid konden. Tegen deze achtergrond moeten de volgende conclusie worden gezien.

Onderscheid is gemaakt tussen gemeenten die het vestigingsbeleid zelfstandig uitvoeren en gemeenten die dat in regionaal verband doen. De eerstgenoemden zijn vaak groter en sterk geconcentreerd in West- en Oost-Nederland.

Het feit dat het vestigingsbeleid nog in ontwikkeling is, komt tot uiting in het feit dat ongeveer de helft van de geënquêteerde gemeenten nog niet over de vereiste informatie beschikt. Uit de ontvangen informatie blijkt dat veel gemeenten geconfronteerd worden met praktijken beneden de minimumnorm en praktijken boven de maximumnorm. Ook het aantal huisartsen dat de gemeente te kennen geeft te streven naar een praktijkomvang beneden de normpraktijk is niet onaanzienlijk. Een en ander heeft tot gevolg dat het aantal gemeenten waar nog ruimte is voor nieuwe vestigingen groter is dan het aantal gemeenten waar sprake is van een overschot. Alleen in de grootste gemeenten blijkt relatief vaak sprake te zijn van een overcapaciteit.

Een kwart van de geënquêteerde gemeenten meldde één of meer vergunningen te hebben verleend. Het blijkt dat in een vrij groot aantal gevallen het spreidingsargument is gehanteerd om vergunningen te verlenen boven de gestelde capaciteit.

Bijna een derde van de geënquêteerde gemeenten heeft een beleidskader ontwikkeld waarin doelstellingen zijn opgenomen die gemeenten met het vestigingsbeleid willen nastreven. Behalve het spreidingscriterium (het enige dat de gemeente wettelijk mag stellen) zijn hierin in veel gevallen criteria rond samenwerking, afstemming van werkgebieden en geslacht van de te selecteren huisarts opgenomen.

Vrij algemeen worden door de vestigingsadviescommissie profielschetsen opgesteld voor de nieuw aan te trekken huisarts. De LHV-procedure gaat slechts in een minderheid van de gevallen de wettelijke procedure vooraf.

7. SAMENWERKING

7.1. Inleiding

In het beleid van de rijksoverheid is bevordering van multidisciplinaire samenwerking reeds jaren een belangrijke doelstelling. Meer samenwerking is een middel om te komen tot versterking van de eerstelijns. Alle redenen om na te gaan welke activiteiten gemeenten op dit vlak ontplooiën. In hoofdstuk 5 hebben we al gezien dat de meeste gemeenten de doelstellingen van de rijksoverheid op dit vlak onderschrijven. Ook vinden de meeste gemeenten dat zij een rol dienen te spelen bij de bevordering van meer samenwerking. In hoofdstuk 6 bleek dat veel gemeenten het vestigingsbeleid proberen aan te grijpen om samenwerking te bevorderen. De vraag welke activiteiten gemeenten verder concreet ondernemen is daarmee nog niet beantwoord en staat daarom centraal in dit hoofdstuk.

Voordat daarop wordt ingegaan, wordt eerst nagegaan in hoeverre gemeenten geconfronteerd worden met vormen van multi-disciplinaire samenwerking binnen hun grenzen (paragraaf 7.2). Daarna wordt ingegaan op de rol die gemeenten spelen of hebben gespeeld bij de totstandkoming van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. De vraag in hoeverre gemeenten op dit moment de verschillende vormen van multidisciplinaire samenwerking ondersteunen, komt aan de orde in paragraaf 7.4. Tenslotte wordt ingegaan op de door de gemeenten bij de samenwerkingsbevordering gebruikte instrumenten.

Intergemeentelijke samenwerkingsverbanden blijven in dit hoofdstuk verder buiten beschouwing, omdat deze op dit vlak nauwelijks actief blijken te zijn. Slechts vijf van de 26 intergemeentelijke samenwerkingsverbanden melden in dit verband enige activiteit. Het gaat in vier van de vijf gevallen om bevordering en ondersteuning van breed periodiek eerstelijns-overleg. Gebruikte instrumenten zijn het beschikbaar stellen van overlegruimte, het voeren van overleg en het geven van ambtelijke ondersteuning.

7.2. Het voorkomen van samenwerkingsvormen en gemeentelijke voorkeur

De gemeenten is gevraagd in hoeverre zij bekend zijn met de aanwezigheid van verschillende vormen van multi-disciplinaire samenwerking binnen hun grenzen. De uitkomsten van deze vraag staan in tabel

7.1. Drie samenwerkingsvormen zijn hierbij onderscheiden: gezondheidscentra, hometeams (gestructureerde samenwerking tussen eerstelijns-hulpverleners die niet gezamenlijk gehuisvest zijn) en periodiek overleg tussen hulpverleners in de eerstelijns in groter verband (bijvoorbeeld de hele gemeente).

Breed periodiek eerstelijns-overleg blijkt in de meeste geënquêteerde gemeenten voor te komen, zowel in grote als in kleine. Hometeams zijn relatief sterk vertegenwoordigd in kleine gemeenten buiten het westen van Nederland. Gezondheidscentra zijn sterk vertegenwoordigd in grotere gemeenten. In grote gemeenten komen vaak meerdere samenwerkingsvormen naast elkaar voor.

Tabel 7.1.: percentage gemeenten bekend met het bestaan van vormen van multidisciplinaire samenwerking binnen hun grenzen naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

	gezondheids- centra	home- teams	eerstelijns- overleg
bevolkingsgrootteklasse			
10.000 en minder	7,1	38,6	31,4
10.000 t/m 20.000	9,4	34,4	60,9
20.000 t/m 50.000	17,5	37,1	59,8
50.000 t/m 100.000	63,0	40,7	59,3
meer dan 100.000	78,6	92,9	85,7
landsdeel			
noord	15,8	44,7	57,9
oost	13,6	42,4	50,8
west	33,0	29,5	60,2
zuid	14,9	47,1	48,3
totaal	20,6	40,1	54,0

De vraag is of er een verband bestaat tussen het gemeentelijk beleid ten aanzien van samenwerking en de voorkomende samenwerkingsvorm. Dit verband kan in twee richtingen bestaan. De gemeentelijke voorkeur voor een bepaalde samenwerkingsvorm kan via een actief beleid leiden tot een oververtegenwoordiging van die vorm van samenwerking in die gemeenten.

Andersom kan de relatieve oververtegenwoordiging van een bepaalde

samenwerkingsvorm in een gemeente leiden tot een specifiek op die vorm van samenwerking gericht beleid van die gemeente. De oververtegenwoordiging is dan een gevolg van andere factoren.

Een aanwijzing omtrent de richting van het verband geeft wellicht de beantwoording van de vraag naar de gemeentelijke voorkeur voor een bepaalde samenwerkingsvorm. Van de geënquêteerde gemeenten blijkt 75,4% geen voorkeur voor een bepaalde vorm van samenwerking te hebben. Voorkeur voor gezondheidscentra werd uitgesproken door twaalf gemeenten waarvan er elf meer dan 20.000 inwoners hebben. Voorkeur voor hometeams vinden we bij zestien gemeenten en voorkeur voor breed periodiek overleg bij 34 gemeenten. Deze laatste voorkeuren vinden we vooral in gemeenten met 50.000 en minder inwoners. De gemeentelijke voorkeur kan dus wel een gedeeltelijke verklaring vormen voor verschillen in voorkomen van samenwerkingsvormen, maar nooit een volledige, want er zijn veel meer gemeenten met gezondheidscentra/hometeams/periodiek overleg dan gemeenten met een voorkeur voor die samenwerkingsvormen. Bovendien is in een deel van die gemeenten die een voorkeur hebben uitgesproken voor een bepaalde vorm van samenwerking die samenwerkingsvorm niet aanwezig (in 15 van de 55 gemeenten met een voorkeur). Deze resultaten wijzen dus op een geringe invloed van de gemeentelijke voorkeur.

7.3. Bevordering van samenwerkingsvormen

Wellicht werpt informatie over de vraag in hoeverre gemeenten de totstandkoming van multi-disciplinaire samenwerking heeft bevorderd meer licht op de zaak. De gemeenten is deze vraag gesteld voor de drie in de vorige paragraaf onderscheiden samenwerkingsvormen. Bovendien is gevraagd of de gemeenten een rol hebben gespeeld bij de totstandkoming van andere nader door hen zelf aan te duiden samenwerkingsvormen.

Tabel 7.2 geeft een overzicht van de beantwoording van deze vraag. We zien dat de gemeente over het geheel genomen het meest een rol heeft gespeeld bij de totstandkoming van breed periodiek eerste-lijnsoverleg. In gemeenten met meer dan 50.000 inwoners heeft bevordering van de totstandkoming van gezondheidscentra aanzienlijk vaker plaatsgevonden. Andere samenwerkingsvormen waarvan de gemeenten de totstandkoming hebben bevorderd, komen vooral in de grotere gemeenten voor. Bevordering van de totstandkoming van home-teams heeft vooral buiten de westelijke provincies plaatsgevonden.

Vergelijking van tabel 7.2 met tabel 7.1 leert dat in bijna alle ge-

Tabel 7.2.: percentage gemeenten dat de totstandkoming van verschillende vormen van multidisciplinaire samenwerking heeft bevorderd naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

	samenwerkingsvorm			
	gezondheidscentra	home-teams	eerstelijns-overleg	andere vorm
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 en minder	2,9	15,7	10,0	-, -
10.000 t/m 20.000	6,3	6,3	29,7	3,2
20.000 t/m 50.000	13,4	12,4	34,0	8,2
50.000 t/m 100.000	66,7	18,5	37,0	14,8
meer dan 100.000	85,7	21,4	35,7	35,7
landsdeel				
noord	7,9	15,8	31,6	5,3
oost	10,2	15,3	28,8	10,2
west	14,9	19,5	21,8	6,9
zuid	30,7	3,4	29,5	5,7
totaal	18,0	12,9	27,2	7,0

meenten waar zich gezondheidscentra bevinden (20,6% aan het totaal aantal gemeenten) de gemeente de totstandkoming daarvan zegt te hebben bevorderd (18% van de gemeenten). Bij het eerstelijns-overleg en de home-teams ligt dit heel anders. In 54% van de gemeenten bevindt zich een eerstelijns-overleg terwijl slechts in 27% van de gevallen de gemeente de totstandkoming heeft bevorderd. Bij de home-teams liggen de percentages nog verder uit elkaar, namelijk 40 om 13%.

De relatie tussen de aanwezigheid van samenwerkingsvormen en de bevordering van de totstandkoming ervan is preciezer na te gaan aan de hand van tabel 7.3. In meer dan tweederde van de gemeenten waar zich (naar zeggen van die gemeente) een gezondheidscentrum bevindt, heeft de gemeente de totstandkoming van één of meer centra bevorderd. Bij het periodiek overleg en bij de home-teams liggen deze percentages aanzienlijk lager. We zien ook dat in gemeenten waar zich geen gezondheidscentra, home-teams of periodiek overleg bevindt soms wél bevordering van de totstandkoming daarvan heeft plaatsge-

vonden of plaatsvindt. Bij de gezondheidscentra gebeurt dit nog het meest.

Tabel 7.3.: percentage van de gemeenten dat de totstandkoming van samenwerkingsvormen bevordert of heeft bevorderd naar de aanwezigheid van die samenwerkingsvormen in de gemeente

% gemeenten dat bevordert	aanwezigheid	
	wel	niet
samenwerkingsvorm		
gezondheidscentra	67,9	5,6
home-teams	28,4	3,4
periodiek overleg	42,2	2,9

7.4. Ondersteuning van samenwerkingsvormen

Sommige gemeenten zullen een rol spelen bij de totstandkoming van multidisciplinaire samenwerking en zich vervolgens terugtrekken als die samenwerking eenmaal functioneert. Anderen blijven de multidisciplinaire samenwerking op de een of andere wijze ondersteunen. Aan die laatste groep is deze paragraaf gewijd.

Tabel 7.4 laat zien dat permanente ondersteuning van samenwerkingsvormen betrekkelijk weinig voorkomt. Bij het periodiek eerstelijns-overleg nog het meest. Verder zien we het frequent bij gezondheidscentra in de grote steden. Als we een vergelijking maken met tabel 7.2, dan zien we dat over het algemeen minder gemeenten samenwerkingsvormen permanent ondersteunen dan dat zij de totstandkoming ervan bevorderen of hebben bevorderd. In 62,5% van de gemeenten waar zich gezondheidscentra bevinden, wordt één of meer centra ondersteund door de gemeente, nog altijd een meerderheid dus. Bij de home-teams ligt dit percentage op 18,3% en bij het periodiek overleg op 41,5%. Bij deze laatste vorm is het verschil tussen het percentage dat ondersteunt en het percentage dat bevordert het geringst.

Ook is aan de gemeenten gevraagd of zij door zouden gaan met het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking, dan wel dat zij er een start mee maken. Van de 115 gemeenten die op dit moment ondersteunen, zeggen 84 dat zij daarmee doorgaan, 19 wisten het nog niet en twee gaven te kennen, dat zij voornemens waren ermee te stoppen. Van de 167 gemeenten die op dit moment niet ondersteunen, zijn er 46

Tabel 7.4.: percentage gemeenten dat reeds bestaande multi-disciplinaire samenwerkingsverbanden of overlegstructuren ondersteunt naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel

	samenwerkingsvorm			
	gezondheids- centra	home- teams	eerstelijns- overleg	rondoude- renzorg
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 of minder	5,7	12,9	7,1	-, -
10.000 t/m 20.000	6,3	6,3	25,0	3,1
20.000 t/m 50.000	7,2	3,1	26,8	8,2
50.000 t/m 100.000	48,1	7,4	44,4	11,1
meer dan 100.000	71,4	21,4	35,7	28,6
landsdeel				
noord	5,3	13,2	28,9	5,3
oost	6,8	6,8	18,6	8,5
west	21,6	3,4	30,7	4,5
zuid	14,9	10,3	17,2	6,9
totaal	14,0	7,7	23,5	6,3

zeker van dat zij dat niet zullen gaan doen en 106 hadden het nog niet overwogen. Vijftien gemeenten zeiden een start te willen maken met de bevordering van multi-disciplinaire samenwerking.

7.5. Instrumenten bij samenwerkingsbevordering en ondersteuning

De gemeenten is gevraagd welke instrumenten zij aanwenden bij de bevordering en ondersteuning van vormen van multi-disciplinaire samenwerking in de eerstelijns. Tabel 7.5 geeft de resultaten. We zien dat de meest gebruikte instrumenten liggen in de sfeer van het voeren van overleg, het bieden van ambtelijke ondersteuning en het beschikbaar stellen van overlegruimte. Het reserveren van ruimte in bestemmingsplannen is eveneens een frequent gebruikt instrument (in feite is dit alleen bij gezondheidscentra van toepassing). Van de financiële instrumenten die eveneens vooral van toepassing zijn op gezondheidscentra, zijn de garantstelling en de subsidie voor onbepaalde duur de meest genoemde. Genoemd moet ook worden dat drie ge-

Tabel 7.5.: gemeenten die multidisciplinaire samenwerking bevorderen en/of ondersteunen naar de daarbij gebruikte instrumenten en bevolkingsgrootteklasse (n=145)

	bevolkingsgrootteklasse					totaal	
	10.000 en minder	10.000- 20.000	20.000- 50.000	50.000- 100.000	meer dan 100.000	%	abs.
instrument							
startsubsidie	-,-	-,-	5,2	4,3	-,-	2,8	4
dekking aanloopkosten	5,0	-,-	3,4	17,4	35,7	8,3	12
subsidie	-,-	10,0	8,6	26,1	7,1	10,3	15
dekkingtekort	-,-	-,-	3,4	13,0	7,1	4,1	6
garantstelling	5,0	3,3	8,6	39,1	50,0	15,9	23
overlegruimte	25,0	40,0	39,7	43,5	28,6	37,2	54
verhuur ruimte	-,-	6,7	5,2	4,3	-,-	4,1	6
bestemmingsplan	-,-	10,0	10,3	34,8	57,1	17,2	25
overleg voeren	25,0	36,7	67,2	82,6	64,3	57,2	83
ambtelijk	35,0	43,3	51,7	78,3	50,0	51,7	75
overig	5,0	3,3	6,19	8,7	42,9	9,7	14
totaal %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	--
totaal abs.	20,0	30,0	58,0	23,0	14,0	145,0	--

meenten melden de subsidies voor het AMW aan te wenden voor samenwerkingsbevordering.

Bezien we de uitkomsten per bevolkingsgrootteklasse dan kan worden geconstateerd dat de activiteiten van kleinere gemeenten zich vaak beperken tot het voeren van overleg, het bieden van ambtelijke ondersteuning en het beschikbaar stellen van overlegruimte. Het feit dat hier nauwelijks gezondheidscentra zijn, heeft hier natuurlijk ook mee te maken. In de grotere gemeenten zien we dat wel regelmatig financiële instrumenten worden aangewend. Bovendien zien we dat in een aanmerkelijk hoger percentage van de gemeenten overleg wordt gevoerd en ambtelijke ondersteuning wordt geboden.

7.6. Conclusie

De rol die gemeenten spelen bij de totstandkoming en de ondersteuning van multi-disciplinaire samenwerkingsvormen (gezondheidscentra, home-teams, breed periodiek eerstelijns-overleg) is in dit hoofdstuk onderzocht. De verschillende samenwerkingsvormen blijken zeer ongelijk over de Nederlandse gemeenten verspreid. Verschillen in gemeentelijke voorkeur voor een bepaalde samenwerkingsvorm kunnen dit verschil in spreiding slechts voor een klein deel verklaren. Wel is het zo dat in twee derde van de gemeenten waar zich een gezondheidscentra

trum bevindt, de gemeente de totstandkoming van een of meer centra heeft bevorderd. Bij de andere samenwerkingsvormen is de gemeentelijke rol veel geringer. Permanente ondersteuning van gezondheidscentra vindt in 62,5% van de gemeenten plaats waarin zich een gezondheidscentrum bevindt. Ook hier liggen de percentages voor de andere samenwerkingsvormen aanzienlijk lager. Meest gebruikte instrumenten bij de bevordering en ondersteuning liggen in de sfeer van overleg en het bieden van ambtelijke ondersteuning. Grote gemeenten bieden ook vaak financiële steun en reserveren ruimte in bestemmingsplannen.

8. AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN

8.1. Inleiding

Afstemming van werkgebieden is een belangrijk thema in de diverse nota's van de rijksoverheid. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen twee typen van afstemming van werkgebieden, die beiden van belang zijn voor het gemeentelijk beleid.

Het eerste type duiden we aan als afstemming van werkgebieden op **'directieniveau'**. Bedoeld worden daarmee de werkgebieden van de eerstelijnsorganisaties (instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, erkende kruisorganisaties). De grenzen van de werkgebieden van deze instellingen vallen lang niet altijd samen (Delnoy, 1987). Bovendien komt het voor dat er meerdere instellingen voor maatschappelijke dienstverlening in één gemeente opereren. In het kader van het regionalisatie-streven van de rijksoverheid is afstemming van de werkgebieden op de gemeentegrenzen (of de grenzen van de samenwerkende gemeenten, te weten het WGR-niveau) gewenst. Nagegaan is of de gemeenten de huidige organisatie in werkgebieden van de instellingen als een probleem ervaren en zo ja, wat zij doen om verbetering in de situatie te brengen.

Het tweede type afstemming van werkgebieden dat van belang is, wordt aangeduid als de afstemming op **'hulpverlenersniveau'**. Hierbij gaat het om de afstemming van de werkgebieden en doelpopulaties van de hulpverleners van de eerstelijnskerndisciplines huisartsen, wijkverpleging, algemeen maatschappelijk werk en gezinszorg. Vooral in de steden hebben huisartsen hun patiënten vaak over een groot gebied verspreid, terwijl wijkverpleegkundigen hun patiënten geconcentreerd hebben in een bepaalde buurt en ook gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk vaak in wijken werken. Dit bemoeilijkt elke vorm van gestructureerd overleg tussen de hulpverleners van de verschillende disciplines omdat een gemeenschappelijk onderwerp van zorg ontbreekt. Nagegaan of de gemeenten een eventueel gebrek aan afstemming van werkgebieden op hulpverlenersniveau als probleem ervaren en zo ja, wat zij eraan doen.

8.2. Afstemming van werkgebieden op 'directieniveau'

Een gebrek aan afstemming van werkgebieden op 'directieniveau' wordt

door 20% van de geëenquôteerde gemeenten als een probleem ervaren. Grotere gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden ervaren een gebrek aan afstemming vaker als een probleem dan kleinere. Bovendien wordt afstemming relatief vaak als probleem genoemd in het oosten en het zuiden des lands. Op de vraag waarom de gemeenten gebrek aan afstemming als een probleem zien, is het meest gegeven antwoord dat de werkgebieden overlappen (20 van de 55). Een tweede vaak gegeven antwoord (13 keer) was dat de werkgebieden over de grenzen

Tabel 8.1.: gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden die het gebrek aan afstemming van werkgebieden op 'directieniveau' als probleem ervaren en gemeenten die verbetering in de situatie proberen te brengen naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

abs. (% van gemeenten)	afstemming probleem	actie gemeente
bevolkingsgrootteklasse		
10.000 en minder	5 (7,1)	5 (7,1)
10.000 t/m 20.000	9 (14,1)	6 (9,4)
20.000 t/m 50.000	24 (24,8)	16 (16,5)
50.000 t/m 100.000	7 (25,9)	5 (18,5)
meer dan 100.000	7 (50,0)	6 (42,9)
landsdeel		
noord	5 (13,2)	5 (13,2)
oost	15 (25,4)	9 (15,3)
west	14 (15,9)	12 (13,6)
zuid	18 (20,7)	12 (13,8)
totaal	55 (20,2)	38 (14,0)
i.s.v.'s	15 (57,7)	6 (23,1)

van de WGR-regio heengingen. Van de overige antwoorden was het feit dat meerdere instellingen in één gemeente opereren de meest genoemde (vijf keer).

Tabel 8.1 laat verder zien dat de meeste gemeenten die afstemming van werkgebieden als probleem zien ook verbetering in de situatie trachten aan te brengen. Om precies te zijn proberen 38 van de 55

gemeenten dat. Overleg werd in 22 van de 38 gevallen genoemd als de methode waardoor de gemeente tot een betere afstemming trachtte te komen. Van de 15 intergemeentelijke samenwerkingsverbanden die een gebrek aan afstemming als probleem zien, proberen er slechts zes verbeteringen in de situatie te brengen.

8.3. Afstemming van werkgebieden op 'hulpverlenersniveau'

Van de geënquêteerde gemeenten vindt 38% (intergemeentelijke samenwerkingsverbanden: 58%) de afstemming van werkgebieden op 'hulpverlenersniveau' in hun gemeente 'minder dan goed'. Echt 'slecht' vinden echter slechts 13 gemeenten (5%) de afstemming binnen hun territoir. Het zijn vooral de grotere gemeenten die de afstemming in hun

Tabel 8.2.: gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden die de afstemming van werkgebieden op hulpverlenersniveau minder dan goed vinden, waarin dat gebrek aan afstemming door de gemeenten en/of het veld als probleem wordt ervaren en waar de gemeente actie op dit terrein onderneemt en/of daartoe voornemens koestert, naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

abs. (% van gemeenten)	oordeel minder dan goed	afstemming probleem	actie gemeente	voornemens actie
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 en minder	14 (20,0)	6 (8,6)	4 (5,7)	3 (4,3)
10.000 t/m 20.000	28 (28,2)	12 (18,8)	6 (9,4)	10 (15,6)
20.000 t/m 50.000	41 (42,2)	31 (32,0)	22 (22,7)	23 (23,7)
50.000 t/m 100.000	19 (70,4)	16 (59,3)	11 (40,7)	16 (59,3)
meer dan 100.000	11 (78,6)	11 (78,6)	9 (64,3)	10 (71,9)
landsdeel				
noord	12 (31,6)	10 (26,3)	7 (18,4)	6 (15,8)
oost	26 (44,1)	22 (37,3)	13 (22,0)	11 (18,6)
west	35 (39,8)	23 (26,1)	15 (17,8)	22 (25,0)
zuid	30 (34,5)	21 (24,1)	17 (19,5)	23 (26,4)
totaal	103 (37,9)	76 (27,9)	52 (19,1)	62 (22,8)
i.s.v.'s	15 (57,7)	14 (53,8)	6 (23,1)	4 (15,4)

gemeente als minder dan goed ervaren. Daarnaast ervaren de gemeenten in het oosten des lands de afstemming vaak als minder dan goed.

In drie kwart van de gemeenten en de meeste i.s.v.'s die de afstemming als minder dan goed ervaren, wordt dit door het veld en/of de gemeente als een probleem gezien. Er is een verband tussen de gemeentegrootte en het percentage van de minder dan goed oordelende gemeenten waarin gebrek aan afstemming als probleem wordt gezien. In de 76 gemeenten waarin gebrek aan afstemming als probleem wordt gezien, ontvangen er 21 signalen uit het veld dat dit als probleem wordt ervaren. In 17 gevallen wordt het alleen door de gemeente als probleem ervaren en in de overige 38 gevallen door beide.

Van de gemeenten waarin gebrek aan afstemming als probleem wordt ervaren, zegt twee derde (52 gemeenten) actie te ondernemen om tot een betere afstemming te komen dan wel bij activiteiten op dat vlak betrokken te zijn (geweest). Tenslotte kondigen 62 gemeenten aan voornemens te hebben om op het terrein van de afstemming van werkgebieden activiteiten te ondernemen of als zij dat al eens gedaan hebben, plannen voor nieuwe activiteiten te hebben. Een twaalfstal zegt daartoe het vestigingsbeleid te zullen aanwenden en 17 gemeenten noemen de WVG als kader waarbinnen die activiteiten zullen plaatsvinden. Dertien gemeenten houden het bij overleg als methode om een betere afstemming te bereiken. Van de i.s.v.'s zeggen zes van de 14 die gebrek aan afstemming als probleem ervaren actie te hebben ondernomen, vier hebben voornemens daartoe.

Tenslotte is de gemeenten gevraagd of zij het geoorloofd vinden om de vrijheid van artsenkeuze in te perken om een betere afstemming van werkgebieden te bewerkstelligen. Slechts 12 gemeenten en geen enkel i.s.v. vindt inperking geoorloofd tot een aantal artsen dat varieert tussen één en 20 huisartsen.

8.4. Conclusie

Conclusie van dit hoofdstuk is, dat het thema afstemming van werkgebieden de aandacht heeft van een vrij groot aantal gemeenten zowel op directie als op hulpverlenersniveau. De aandacht hiervoor is evenwel minder sterk dan voor het thema samenwerking. Gemeentelijke activiteit op dit terrein beperkt zich hoofdzakelijk tot het voeren van overleg. Een aantal gemeenten kondigt aan in het kader van de WVG (als die tenminste zou worden ingevoerd) tot actie te zullen overgaan. In hoofdstuk 6 hebben we al gezien dat een aantal gemeenten doelstellingen rond afstemming van werkgebieden heeft meegenomen

in het vestigingsbeleid.

Ook in dit hoofdstuk is weer een sterke samenhang met de gemeentegrootte te bespeuren, zowel ten aanzien van de afstemming van werkgebieden op 'directieniveau' als de afstemming van werkgebieden op 'hulpverlenersniveau'. Daarbij moet worden aangetekend dat de problematiek van de afstemming van werkgebieden op hulpverlenersniveau waarschijnlijk veel meer speelt in de steden dan op het platteland.

9. GEBRUIKERSPARTICIPATIE

9.1. Inleiding

In dit laatste analysehoofdstuk van dit rapport staat de gebruikersparticipatie centraal. De rijksoverheid staat een belangrijke rol van de gebruiker bij het functioneren van en het beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg voor. Als zodanig vormt de gebruikersparticipatie een belangrijk element uit de WVG. In de vestigingsregeling voor de huisartsen, die op de WVG stoelt, moet dan ook een vertegenwoordiger van de 'patiënt' deel uit maken van de vestigingsadviescommissie.

In hoofdstuk 5 is gebleken dat de meerderheid van de gemeenten het beleid van de rijksoverheid ten aanzien van gebruikersparticipatie ondersteunt. Ook ziet ruim de helft van de gemeente een rol voor zichzelf weggelegd bij de stimulering van een grotere betrokkenheid van de gebruiker bij de zorg. De indruk bestaat echter dat het niet meevalt om een zinvolle gebruikersparticipatie van de grond te krijgen (dit bleek onder meer in de eerdere fasen van dit onderzoek, De Bakker en Wulms, 1986). Veel patiëntenorganisaties zijn categoriaal en daardoor vrij sterk gefixeerd op hun 'eigen' ziekte. Als vertegenwoordigers worden gevonden dan ontbreekt het vaak aan een achterban.

In dit hoofdstuk wordt nagegaan wat de rol van de lokale overheid is aangaande gebruikersparticipatie in de eerstelijns. Eerst wordt ingegaan op de aanwezigheid van patiëntenorganisaties en de ondersteuning daarvan door de gemeenten. Daarna komt het zijdelings hiermee verband houdende georganiseerde vrijwilligerswerk aan de orde. Ook hier wordt gekeken naar de aanwezigheid en de steun die de gemeente eraan biedt.

9.2. Ondersteuning van patiëntenorganisaties

De gemeenten is gevraagd welke vormen van patiëntenorganisaties er binnen hun grenzen functioneren en of die organisaties financieel worden ondersteund door de gemeente. De resultaten van de beantwoording van die vraag zijn bijeengebracht in tabel 9.1. Vergelijken we de gemeentelijke betrokkenheid met de voorgaande hoofdstukken dan zien we dat deze aanzienlijk geringer is dan bij de samenwerkingsbe-

vordering of bij de afstemming van werkgebieden. Onder de kleinste gemeenten komt ondersteuning sporadisch voor en zelfs bij de gemeenten met meer dan 100.000 inwoners vindt slechts in de helft van de gevallen ondersteuning plaats. Het verschil tussen het percentage gemeenten waar patiëntenorganisaties bestaan en het percentage waar deze worden ondersteund is ook aanzienlijk groter dan het vergelijkbare verschil in de voorgaande hoofdstukken. Algemene patiëntenorganisaties komen het meest voor en worden

Tabel 9.1.: Gemeenten waarin patiëntenorganisaties aanwezig zijn en worden ondersteund naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

abs. (% van gemeenten)	algemeen		patiëntenorganisaties categoraal		rondsamenwerking	
	aanwezig	ondersteund	aanwezig	ondersteund	aanwezig	ondersteund
bevolkingsgrootteklasse						
10.000 en minder	16(22,9)	3(4,3)	9(12,9)	-(0,0)	2(2,9)	2(2,9)
10.000 t/m 20.000	24(37,5)	2(3,1)	12(18,8)	1(9,6)	2(3,1)	1(1,6)
20.000 t/m 50.000	50(51,5)	11(11,3)	43(44,3)	9(9,3)	4(4,1)	1(1,0)
50.000 t/m 100.000	14(51,9)	6(22,2)	23(85,2)	8(29,6)	11(40,7)	2(7,4)
meer dan 100.000	13(92,9)	7(50,0)	12(85,7)	7(50,0)	5(35,7)	1(7,1)
landsdeel						
noord	16(13,7)	5(13,2)	5(13,2)	1(2,6)	2(5,3)	1(2,6)
oost	30(25,6)	1(1,7)	25(42,4)	3(5,1)	3(5,1)	-
west	34(29,1)	12(13,6)	38(43,2)	10(11,4)	10(11,4)	1(1,1)
zuid	37(31,6)	11(12,6)	31(35,6)	11(12,6)	9(10,3)	5(5,7)
totaal	117(43,0)	29(10,7)	99(36,4)	25(9,2)	24(8,8)	7(2,6)
i.s.v.'s	17(65,4)	5(19,2)	17(65,4)	2(7,7)	7(26,9)	1(3,8)

ook het meest door de gemeente ondersteund. Categorale organisaties komen echter in niet veel minder gemeenten voor en het percentage dat wordt ondersteund is gelijk aan het percentage van de algemene organisaties dat wordt ondersteund. Gebruikersclubs rond samenwerkingsverbanden komen maar heel weinig voor en ze worden zeer sporadisch ondersteund. Intergemeentelijke samenwerkingsverbanden spelen vooral een rol in de ondersteuning van algemene patiëntenorganisaties.

De gemeenten rapporteerden het bestaan van achttien andere vormen van patiëntenorganisaties. Hieronder werden regionale patiëntenplat-

forms genoemd, lokale afdelingen van landelijke patiëntenverenigingen, op specifieke wijken en of dorpen gerichte organisaties en een vereniging rond het vestigingsbeleid. In zes gevallen werden deze organisaties door de gemeente ondersteund.

9.3. Ondersteuning van vrijwilligersorganisaties

Op dezelfde wijze als bij de patiëntenorganisaties is de gemeenten gevraagd naar het bestaan van georganiseerd vrijwilligerswerk binnen haar grenzen en zo ja of dit financieel wordt ondersteund door de gemeente. Aan de hand van tabel 9.2 gaan we de uitkomsten na.

We zien dat specifiek op de eerstelijns gericht georganiseerd vrij-

Tabel 9.2.: Gemeenten waarin georganiseerd vrijwilligerswerk plaatsvindt en wordt ondersteund naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

abs.(% van gemeenten)	rondkruiswerk		georganiseerd vrijwilligerswerk			
			rond gezinszorg		rond AMW	
	aanwezig	ondersteund	aanwezig	ondersteund	aanwezig	ondersteund
bevolkingsgrootteklasse						
10.000 of minder	9(12,9)	2(2,9)	8(11,4)	4(5,7)	5(7,1)	2(2,9)
10.000 t/m 20.000	10(15,6)	3(4,7)	9(14,1)	2(3,1)	6(9,4)	3(4,7)
20.000 t/m 50.000	13(13,4)	4(4,1)	19(19,6)	9(9,3)	27(27,8)	16(16,5)
50.000 t/m 100.000	1(3,7)	1(3,7)	3(11,1)	2(7,4)	9(33,3)	8(29,6)
meer dan 100.000			1(7,1)	-(0,0)	3(21,4)	2(14,3)
landsdeel						
noord	6(15,8)	3(14,0)	6(15,8)	3(7,9)	9(23,7)	7(18,4)
oost	4(6,8)	1(21,7)	13(22,0)	8(13,6)	13(22,0)	9(15,3)
west	3(3,4)	-(0,0)	9(10,2)	4(4,5)	11(12,5)	7(8,0)
zuid	20(32,0)	6(6,9)	12(13,8)	2(2,3)	17(19,5)	8(9,2)
totaal	33(12,1)	10(3,7)	40(14,7)	17(6,3)	50(18,4)	31(11,4)
i.s.v.'s	2(3,8)	-(0,0)	4(15,4)	-(0,0)	3(11,5)	1(3,8)

willigerswerk weinig voorkomt althans niet voor zover dit de gemeenten bekend is. Financiële ondersteuning van dit vrijwilligerswerk door de gemeente of een i.s.v. komt zeer sporadisch voor. Vrijwilligerswerk rond het AMW komt iets vaker voor dan rond de gezinszorg en het kruiswerk. Het vrijwilligerswerk rond het AMW wordt ook iets va-

ker door de gemeente ondersteund dan het vrijwilligerswerk rond het kruiswerk en de gezinszorg. Wellicht speelt de subsidierelatie tussen gemeentelijke overheid en het AMW hierbij een rol.

Opvallend is het overigens dat de grootste gemeenten in de ondersteuning van vrijwilligersorganisaties het minst vaak een rol spelen. Het zijn de middelgrote gemeenten die het meest aan ondersteuning doen.

Naast bovengenoemde vormen van vrijwilligerswerk werd redelijk frequent (64 keer) het bestaan van een algemene hulpdienst gemeld. Verder werd het bestaan van vrijwilligerswerk rond de ouderenzorg (23 keer) en rond de thuiszorg (zes keer) gemeld. Deze vormen van vrijwilligerswerk werden vaak door de gemeente ondersteund, namelijk in 73% van de gemeenten van ze aanwezig waren.

9.4. Conclusie

Rond het thema gebruikersparticipatie is de lokale overheid minder actief dan rond de andere in dit rapport genoemde thema's. Toch is financiële ondersteuning van patiënten- en vrijwilligersorganisaties door de gemeenten geen ongewoon verschijnsel. De kans dat ondersteuning van patiëntenorganisaties plaatsvindt neemt toe naarmate de gemeente groter wordt. Bij de vrijwilligersorganisaties zijn het juist de middelgrote gemeenten die vaak ondersteunen.

10. EEN VERKLARINGSMODEL VOOR INTERGEMEENTELIJKE VERSCHILLEN

10.1. Inleiding

Uit de voorgaande hoofdstukken komt een aanzienlijke variatie in gemeentelijke activiteit naar voren. Verschillen treden zowel op tussen gemeenten, onderscheiden naar bevolkingsomvang als naar landsdeel. In dit en het volgende hoofdstuk wordt de aandacht gericht op de **verklaring van verschillen tussen gemeenten**. Getracht wordt een antwoord te geven op het **tweede deel van de probleemstelling**, dat als volgt is geformuleerd in de inleiding van dit rapport.

In hoeverre kunnen verschillen in gemeentelijke activiteit ten aanzien van de eerstelijns(gezondheids)zorg worden verklaard uit structurele of politieke kermerken van die gemeenten?

Daartoe zal het in paragraaf 2.5 (figuur 2.1) beschreven **politiek systeemmodel** worden uitgewerkt. Dit behelst de operationalisatie van de afzonderlijke elementen uit het model en specificatie van de te verwachten relaties (de modelspecificaties). Operationalisatie van achtereenvolgens de beleidsvariabelen, de politieke systeemvariabelen en de politieke systeemfactoren vindt respectievelijk plaats in de paragrafen 10.2, 10.3 en 10.4. De uiteindelijke modelspecificatie wordt beschreven in paragraaf 10.5. De empirische toetsing van het model vindt in het volgende hoofdstuk plaats.

10.2. De beleidsvariabelen

Gemeentelijk beleid op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg kan worden gezien als een **beleidsinnovatie**. Het gaat om het opzetten van nieuw beleid voor een terrein waarop de gemeentelijke bemoeienis tot dusverre gering is geweest. In paragraaf 2.5 werd geconstateerd dat onderzoek naar de determinanten van beleidsinnovaties een populair alternatief is voor het onderzoek naar uitgaven, vooral omdat in nieuw beleid verschillen in prioriteiten eerder zullen worden weerspiegeld.

Indicatoren voor gemeentelijk beleid voor de eerstelijnsgezondheidszorg ontleenen we grotendeels aan de schriftelijke enquête. Uitgegaan wordt van de indeling van het beleidsproces in beleidsvoorbereiding, **beleidsbepaling**, **beleidsuitvoering** en **beleidseffecten**. Voor de gemeentelijke activiteiten op elk van deze onderdelen uit het beleids-

proces zijn indicatoren ontwikkeld. Activiteiten met betrekking tot de beleidsuitvoering zijn uitgesplitst naar thema. Het betreft dezelfde indeling als is aangehouden in de hoofdstukken 6 tot en met 9, dus vestigingsbeleid, samenwerking, afstemming van werkgebieden en gebruikersparticipatie. In onderstaand overzicht zijn de gebruikte indicatoren beschreven.

De gebruikte beleidsvariabelen :

<p>Beleidsvoorbereiding</p> <ul style="list-style-type: none"> - nota's - contacten 	<p>Al of geen specifiek op de eerstelijns gerichte nota's aanwezig. Het aantal kerndisciplines waarmee de gemeente geregeld contact onderhoudt.</p>
<p>Beleidsbepaling</p> <ul style="list-style-type: none"> - uitgangspunten 	<p>Het aantal van de in paragraaf 5.4 genoemde uitgangspunten dat de gemeente onderschrijft.</p>
<p>Beleidsuitvoering</p> <p>a. vestigingsbeleid</p> <ul style="list-style-type: none"> - beleidskader - structuurbeleid - emancipatiebeleid <p>b. samenwerking</p> <ul style="list-style-type: none"> - steun gezondheidscentra - steun andere samenwerkingsvormen - financiële steun 	<p>Het al of niet aanwezig zijn van een gemeentelijk beleidskader. Het al of niet hanteren van criteria met betrekking tot afstemming van werkgebieden en waarnemingsregeling. Het al of niet streven naar meer vrouwelijke huisartsen.</p> <p>Al of niet ondersteuning van gezondheidscentra op de een of andere manier. Al of niet ondersteuning van andere samenwerkingsvormen op de een of andere manier. Al of niet verstrekken van financiële steun bij de totstandkoming of ondersteuning van samenwerkingsvormen.</p>
<p>c. afstemming werkgebieden</p> <ul style="list-style-type: none"> - afstemmingsactie 'directieniveau' 	<p>Al of geen actie ondernomen om de afstemming van werkgebieden op directieniveau te verbeteren.</p>

- afstemmingsactie 'hulpverlenerniveau'	Al of geen actie ondernomen om de afstemming op hulpverlenersniveau te verbeteren.
d. gebruikersparticipatie	
- steun patiëntenparticipatie	Al of geen financiële steun aan patiëntenorganisaties.
- steun vrijwilligerswerk	Al of geen financiële steun aan vrijwilligersorganisaties.
Beleids effecten	
- gezondheidscentra	Al of niet aanwezig zijn van een of meer gezondheidscentra.

Op één na alle vragen zijn afkomstig uit de enquête gemeentelijk beleid. De uitzondering vormt de variabele 'aanwezigheid gezondheidscentra' die afkomstig is uit het project Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden van het NIVEL. De aanwezigheid van gezondheidscentra is mogelijk een effect van gemeentelijk beleid. Boerma (1987) vond een relatie tussen de politieke constellatie van een gemeente en de aanwezigheid van gezondheidscentra en ook Swinkels (1981) zag een duidelijke invloed van het gemeentelijk beleid op de totstandkoming van gezondheidscentra. Boerma constateert echter ook dat een belangrijk deel van de spreiding en groei van gezondheidscentra onverklaard blijft. Onderzoek naar meer specifieke factoren (waaronder de concrete beleidsdaden van de gemeenten) zou hier uitsluitsel over kunnen geven.

10.3. De omgevingsfactoren

We maken een onderscheid tussen drie soorten omgevingsfactoren, die van invloed zouden kunnen zijn op het gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg. In de eerste plaats gaat het om de kenmerken van de vragers naar gezondheidszorg. In de tweede plaats kunnen bepaalde aanbodskenmerken voor gemeenten aanleiding vormen om zich actief met de eerstelijns te gaan bezighouden. Ten derde zijn de kenmerken van de bestuurlijke omgeving van belang. Achtereenvolgens zal op deze drie groepen kenmerken nader worden ingegaan.

a. Kenmerken van de vraag

De bevolkingsomvang van een gemeente heeft belangrijke consequenties

voor de differentiatie van de vraag. In grotere gemeenten is een complexere vraag te verwachten vanwege het grotere draagvlak. Zo is niet te verwachten dat in een kleine gemeente voldoende vraag is naar huisartsen die zich bedienen van alternatieve geneeswijzen om een vestiging economisch rendabel te maken. Ook zal in een grotere gemeente vaker een patiëntenvereniging of -platform functioneren.

Ten tweede kan een **snelle groei van de vraag** naar el(g)z-voorzieningen voor een gemeente aanleiding zijn om zich met de eerstelijns te gaan bezighouden. Door snelle groei kunnen fricties tussen vraag en aanbod gaan optreden. In de planning van nieuwbouwwijken kan bijvoorbeeld in de bouw van een gezondheidscentra worden voorzien. Daarnaast kan erop worden gewezen dat een gemeente in een 'nieuwe' situatie meer mogelijkheden heeft omdat men minder te maken heeft met allerlei gevestigde belangen.

Ten derde is de **samenstelling van de vraag** van belang. We denken daarbij in eerste instantie aan de **gezondheidstoestand** van de bevolking. Het lijkt een voor de hand liggende gedachte dat gemeentebesturen in relatief 'ongezonde' gemeenten een actiever beleid zullen voeren dan gemeentebesturen van relatief 'gezonde' gemeenten. Nu is het probleem dat gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking niet per gemeente beschikbaar zijn. Wel zijn van de meeste Nederlandse gemeenten gegevens beschikbaar waarvan bekend is dat zij samenhangen met het gebruik dat wordt gemaakt van gezondheidszorgvoorzieningen. Op basis van deze gegevens zijn drie indicatoren ontwikkeld waarvan wordt verondersteld dat zij samen zullen hangen met het gemeentelijk beleid (zie bijlage C voor een technische toelichting). De eerste indicator is een **demografische factor** die de mate van **vergrijzing** aangeeft, de tweede indiceert de samenstelling van de bevolking van de gemeente naar **sociale positie** en de derde is een **culturele indicator**. Gemeenten die de kenmerken van een stedelijke cultuur in zich dragen, worden met deze factor onderscheiden van gemeenten, die dit niet hebben. Die stedelijkheid komt onder meer tot uiting in een hoog percentage buitenlanders en relatief veel echtscheidingen. Aangenomen dat een hoge score van een gemeente een specifieke vraag naar gezondheidsvoorzieningen met zich meebrengt. Zo kan van een sterk vergrijsde bevolking worden verwacht dat een relatief groot beroep op eerstelijnsvoorzieningen als de huisarts, de wijkverpleging en de gezinszorg worden verwacht. In gemeenten met een relatief groot deel van de bevolking in de lagere sociaal-economische posities zal wellicht meer van het AMW gebruik worden gemaakt. Gemeenten met een sterke 'stedelijke' cultuur hebben waarschijnlijk te maken met een sterker gedifferentieerde vraag. Ener-

zijds komt dit door de sterke aanwezigheid van specifieke groepen als buitenlanders. Anderzijds kan een hoger aspiratieniveau ten aanzien van voorzieningen worden verwacht.

Resumerend zijn de volgende variabelen gekozen, die zullen worden meegenomen in de analyses:

Bevolkingsomvang	Bevolkingsomvang per 1-1-'86 (bron CBS).
Bevolkingsgroei	Percentage bevolkingsgroei in de periode 1981-1986 (bron CBS).
Demografische factor	Factor die de mate van vergrijzing van de bevolking indiceert (zie bijlage C).
Sociale factor	Factor, die gemeenten met een gering percentage van de bevolking in de lagere sociale strata van gemeenten die dit niet hebben (zie bijlage C).
Culturele factor	Factor, die gemeenten met een sterke stedelijke cultuur onderscheidt van andere gemeenten (zie bijlage C).

b. Kenmerken van het aanbod

Ook ten aanzien van het aanbod lijkt de **bevolkingsomvang** van belang. In grote steden is het voorzieningenaanbod al gauw veel complexer. Problemen als gebrek aan samenhang en gebrek aan afstemming van werkgebieden doen zich hier veel eerder voor.

De aanwezigheid van **multi-disciplinaire samenwerking** (bijvoorbeeld gezondheidscentra) hoeft niet alleen een effect te zijn van gemeentelijke bemoeienis maar kan ook integendeel de aanleiding voor gemeenten gevormd hebben om zich met de eerstelijns te gaan bemoeien. Gedacht kan worden aan een verzoek tot ondersteuning aan de gemeente.

De **huisartsendichtheid** kan ook invloed hebben op de gemeentelijke activiteit. Zo zal in gemeenten waarin volgens de normen voldoende huisartsen zijn minder urgentie zijn om een vestigingsbeleid te ontwikkelen dan in gemeenten waar nog ruimte is. Deze laatste worden geconfronteerd met vergunningsaanvragen die binnen niet al te lange tijd moeten zijn afgehandeld.

Meegenomen in de analyses worden (behalve de reeds genoemde bevolkingsomvang):

Aanwezigheid gezondheidscentra	Al of niet aanwezig zijn van een of meer gezondheidscentra (bron: NIVEL).
Huisartsendichtheid	Aantal huisartsen per 10.000 inwoners (bron: NIVEL/CBS).

c. Bestuurlijke kenmerken

Drie aspecten van de bestuurlijke omgeving worden hier verder uitgewerkt. Dat zijn de relatie met hogere overheden, de relatie met andere lokale overheden en de kenmerken van het bestuurlijk apparaat van de gemeente zelf.

De formele **relatie met de rijksoverheid** is in principe voor alle gemeenten gelijk. Een aantal gemeenten heeft echter meer bevoegdheden (of zijn meer bevoegdheden in het vooruitzicht gesteld) door de experimenten met de WVG en de KSW. Te noemen zijn de integrale invoeringsprojecten ex-artikel 41 WVG, de KSW proefgemeenten en -regio's, de vier grote steden en Almere. Op grond van hun afwijkende status kan in deze gemeenten/gebieden meer activiteit worden verwacht.

In paragraaf 2.3 zagen we dat de relatieve zelfstandigheid van gemeenten verder kan gaan dan de formeel-juridische kaders aangeven. Verondersteld kan worden dat de mate waarin gemeenten zelfstandig optreden, samenhangt met gemeentegrootte. Men beschikt in grotere gemeenten immers over een groter en meer gespecialiseerd ambtenarenapparaat.

Er kunnen grote verschillen zijn in **horizontale relaties** tussen overheden. Ten eerste is er de vraag in hoeverre er **intergemeentelijke samenwerking** plaatsvindt. Vervolgens kan worden gekeken naar de houding die gemeenten binnen die samenwerking aannemen. Grotere gemeenten zullen waarschijnlijk meer in eigen hand willen houden (de wijze waarop de plankostenvergoeding wordt verdeeld, vormt hiervoor een indicator) dan kleinere gemeenten die eerder geneigd zijn hun bevoegdheden te delegeren. Ook kan soms onderscheid worden gemaakt tussen de **centrumgemeente** in een samenwerkingsverband en de overige gemeente. De taken die voortvloeien uit de samenwerking zijn in zo'n constructie bij de centrumgemeente ondergebracht.

Tenslotte kan worden gekeken naar de kenmerken van het **ambtelijk en bestuurlijk apparaat** zelf. Ook hier is de gemeentegrootte weer van belang. Grote gemeenten hebben vaak een aparte afdeling volksgezondheid, met specifiek op dat terrein deskundige ambtenaren. Bij kleinere gemeenten komt het vaak aan op één ambtenaar die ook nog een

groot aantal andere taken heeft. Hetzelfde geldt voor de wethouders. In grote gemeenten functioneren full-time wethouders op specifieke terreinen, terwijl in kleine gemeenten vaak slechts twee part-time wethouders zijn. Naast de omvang is ook de structuur van belang. Zo kan worden gewezen op het feit dat in veel gemeenten de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in aparte afdelingen zijn ondergebracht die onder verschillende wethouders vallen.

De volgende variabelen worden meegenomen in de analyses:

<p>Experimentstatus</p> <p>Intergemeentelijke samenwerking</p>	<p>Al of geen extra bevoegdheden op basis van de KSW, WVC of anderszins (bron: diverse nota's). Mate waarin intergemeentelijk wordt samengewerkt, verkregen door sommering variabelen intergemeentelijke samenwerking bij de WVG-planning en het vestigingsbeleid. Deze variabelen zijn als volgt gecodeerd:</p>
<p>Zelfstandigheid in intergemeentelijke samenwerking</p>	<p>∅. geen samenwerking; 1. intergemeentelijke afstemming; 2. intergemeentelijke beleidsvoorbereiding. (bron: enquête, zie hoofdstuk 4). Wijze waarop de plankostenvergoeding wordt benut: ∅. alles naar een i.s.v.; 1. deel of alles naar gemeente, maar niemand aangesteld; 2. deel of alles naar gemeente, waarvoor een aparte ambtenaar is aangesteld. (bron: enquête, zie hoofdstuk 4)</p>
<p>Aantal ambtenaren</p>	<p>Aantal ambtenaren dat zich met de eerstelijns kan bezighouden in de gemeente (bron: enquête, zie hoofdstuk 5).</p>

10.4. Politieke systeemfactoren

Om iets te kunnen zeggen over de invloed van politieke factoren op het gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg is enige kennis van het beleid dat de belangrijkste partijen met betrekking tot de eerstelijns voorstaan noodzakelijk.

Uit een analyse van de **verkiezingsprogramma's** van het CDA, de VVD en

de PvdA (Van der Made e.a., 1986) blijkt dat alle drie de grote partijen versterking van de eerstelijns voorstaan. Ook is men het eens over het feit dat moet worden gedecentraliseerd. Over de rol van de gemeente daarbij is veel minder overeenstemming. De PvdA is een sterke voorstander van territoriale decentralisatie, met andere woorden voor een belangrijke rol van de gemeenten. Het CDA beoogt een functionele decentralisatie door de planning te laten plaatsvinden door privaatrechtelijke organen bestaande uit aanbieders van zorg en financiers. De VVD acht zowel functionele als territoriale decentralisatie gewenst. Meer algemeen is de VVD voor een terugdringen van de rol van de overheid, het CDA spreekt van een gespreide verantwoordelijkheid, met als taak voor de overheid het zorgen voor noodzakelijke en betaalbare voorzieningen en de PvdA hecht veel waarde aan de verantwoordelijkheid die de overheid op zich heeft genomen. De PvdA stelt verder dat ten aanzien van de vestiging van beroepsbeoefenaren de monopoliepositie van de medische beroepsgroepen moet worden 'ontmanteld'. De VVD ziet meer in een afschaffing van de contractdwang en toelatingsdwang die ziekenfondsen hebben. Bovendien wil zij vestigingsregelingen verbieden waarin huisartsen worden verplicht in gezondheidscentra of in groepspraktijken te werken. In het CDA-verkiezingsprogramma vinden we niets over het vestigingsbeleid.

Er kan natuurlijk niet vanuit worden gegaan dat op gemeentelijk niveau de landelijke beleidslijn zonder meer wordt gevolgd. Plaatselijke afdelingen kunnen er sterk afwijkende denkbeelden op na houden. Bovendien kan het lokaal belang verschillen van het nationaal perspectief, waarop de verkiezingsprogramma's zijn gericht. Toch is het wel redelijk te veronderstellen dat principiële verschillen op nationaal niveau zich lokaal zullen manifesteren. Ten eerste lijkt de **houding ten aanzien van het overheidsingrijpen** van belang. Een grote PvdA-Invloed zou tot uiting moeten komen in een actievere rol van de overheid. Bij de VVD en het CDA lijkt een terughoudender rol van de overheid waarschijnlijk. Van het CDA (en de kleine christelijke partijen) is daarnaast een meer positieve houding te verwachten ten aanzien van aanbieders van zorg, die zich op een levensbeschouwelijke grondslag baseren. Gedacht kan daarbij worden aan verzuilde instellingen voor maatschappelijke dienstverlening en de zogenaamde 'pro-life huisartsen'.

Bij de vaststelling van de politieke gezindte van een gemeente is zowel gekeken naar de **politieke partij van de portefeuillehouder** gezondheidszorg als naar de **samenstelling van de gemeenteraad**. De portefeuillehouder is de eerstverantwoordelijke voor het beleid op het

gebied van de gezondheidszorg. Als zodanig kan hij/zij een belangrijke initiërende dan wel remmende factor zijn bij de ontwikkeling van een beleid voor de eerstelijns. In zijn beleid moet de portefeuillehouder rekening houden met de krachtsverhouding in de raad.

In onderstaand schema zijn de opgenomen variabelen vermeld:

Politieke partij wethouder	Gecodeerd naar verwachte mate van activiteit: 0. geen portefeuillehouder VGZ; 1. VVD-portefeuillehouder; 2. CDA of klein rechts; 3. PvdA of klein links. (Bron: VNG-gids gemeentebesturen 1986-1980).
% PvdA-raadsleden	(Bron: VNG).
% CDA-raadsleden	(Bron: VNG).

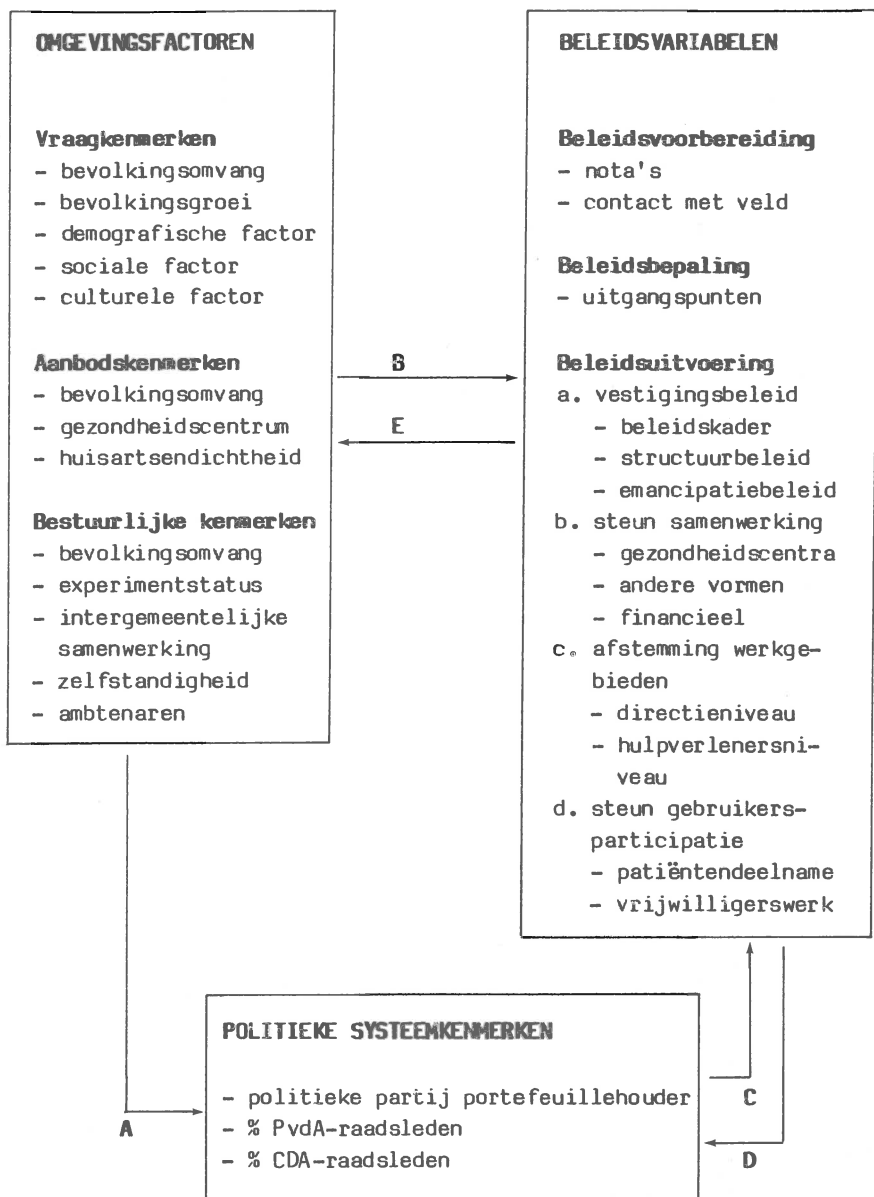
10.5. Modelspecificatie

In figuur 10.1 zijn de in de voorgaande drie paragrafen genoemde factoren bijeengebracht in een conceptueel model analoog aan figuur 2.1. Aan de hand van dit model kan een **analyseschema** worden gemaakt waarin de voorkomende relaties stap voor stap kunnen worden geanalyseerd.

Eerst kan worden ingegaan op de **relaties tussen variabelen binnen de afzonderlijke systemen**. Zowel binnen de omgevings- als binnen de beleids- en de politieke variabelen, zijn aanzienlijke intercorrelaties te verwachten. Bij de omgevingsvariabelen zal een aanzienlijke intercorrelatie bestaan tussen bijvoorbeeld de bevolkingsomvang enerzijds en de aanwezigheid van gezondheidscentra, de mate waarin en de wijze waarop intergemeentelijk wordt samengewerkt anderzijds. Evenzo is te verwachten dat een gemeente, die meer aan beleidsvoorbereiding doet ook actiever is op bepaalde aspecten van de beleidsuitvoering. Bij te hoge intercorrelaties wordt de kans dat hetzelfde wordt gemeten zeer hoog. Besloten kan worden tot het verwijderen van variabelen uit verdere analyses.

In de volgende stappen worden de **relaties tussen de verschillende systemen** geanalyseerd (de pijlen A tot en met E uit het schema).

Figuur 10.1.: Conceptueel model



De volgende komen achtereenvolgens aan de orde:

1. De directe invloed van de omgeving op het beleid;
2. De invloed van de omgeving op het beleid via het politiek systeem (het 'linkage-model');
3. De onafhankelijke invloed van het politiek systeem op het beleid (het 'non-linkage' model);
4. De invloed van het beleid op het politiek systeem;
5. De invloed van het beleid op de omgeving (beleidseffecten).

Mogelijke **directe omgevingsinvloeden** op het beleid (pijl B) zijn de volgende:

- Een snelle bevolkingsgroei kan directe actie vragen van het beleid, onafhankelijk van het politiek systeem. Bij de bouw van een nieuwe wijk van enige omvang zullen ook gezondheidszorgvoorzieningen moeten worden gebouwd. Zo kan er ruimte ontstaan voor de vestiging van huisartsen, wat betekent dat de procedure voor de vestigingsregeling dient te worden doorlopen.
- Een grote, gedifferentieerde vraag betekent dat problemen verbonden met bepaalde groepen in sterkere mate spelen en daardoor de aandacht van het beleid vragen.
- Een hoge huisartsendichtheid betekent geen ruimte voor vestigingen en dus voorlopig geen urgentie om een vestigingsbeleid te voeren.
- Een experimentstatus betekent meer bevoegdheden, of een concreter uitzicht daarop. Meestal zijn op grond van de experimentstatus extra ambtenaren aangesteld. Hierdoor hebben deze gemeenten extra mogelijkheden om bijvoorbeeld voorbereidingen te treffen.
- Intergemeentelijke samenwerking kan betekenen dat beleidsvoorbereidingen zijn gedelegeerd aan het regionale niveau.
- De beschikbaarheid van ambtenaren beperkt de mogelijkheden, zowel wat beleidsvoorbereiding als wat beleidsuitvoering betreft.

Mogelijke **omgevingsfactoren** die **via het politieke systeem** het beleid beïnvloeden (pijl A), zijn:

- Hoe groter de bevolkingsomvang, hoe meer draagvlak er is voor bijvoorbeeld patiëntenorganisaties die zich met een specifieke vraag tot de politiek wenden (bijvoorbeeld meer vrouwelijke of alternatief werkende huisartsen).
- Vanuit een gezondheidscentrum kunnen vragen aan de politiek worden gesteld, die de gemeente dwingen een standpunt in te nemen (bijvoorbeeld over samenwerking).
- Hoe groter de zelfstandigheid van een gemeente, hoe sterker de eigen politieke visie kan doorwerken in het beleid.

- Intergemeentelijke samenwerking kan beleidsverschillen tussen gemeenten vervlakken.

Onafhankelijke invloed van de politiek op de beleidsvariabelen (pijl C) kunnen we verwachten op de volgende punten:

- Bij linkse wethouders en/of een hoog percentage PvdA-leden kan in het algemeen een actiever beleid worden verwacht, met name wat betreft de stimulering van de totstandkoming van gezondheidscentra.
- Bij een hoog percentage CDA-raadsleden wordt meer nadruk gelegd op het particulier initiatief (bijvoorbeeld uitkomend in meer steun voor het vrijwilligerswerk).

Invloed van het beleid op de omgeving ofwel beleidseffecten (pijl E) kan over het algemeen nog niet veel worden verwacht, omdat gemeentelijk beleid voor de eerstelijns nog nieuw is en instrumenten voornog ontbreken. Een mogelijk effect is de totstandbrenging van gezondheidscentra, wat ook al in hoofdstuk 7 aan de orde is geweest. De tweede terugkoppelpijl (D) zal verder buiten beschouwing blijven. Niet omdat er geen terugkoppelingseffecten van het beleid naar de politiek zouden optreden, maar wèl omdat deze effecten in het kader van dit onderzoek moeilijk meetbaar zijn. Bij de analyses in hoofdstuk 11 worden de bovenstaande stappen gevolgd.

11. EMPIRISCHE TOETSING VAN HET MODEL

11.1. Inleiding

Analyse van intergemeentelijke verschillen in beleid voor de eerste-lijns(gezondheids)zorg staat in dit hoofdstuk centraal. Het in het voorgaande hoofdstuk ontwikkelde **conceptueel model vormt de leidraad** voor de stapsgewijs uitgevoerde analyses. In dat model worden de invloeden gespecificeerd van de politiek en de omgeving op het beleid. Politiek, omgeving en beleid worden daarbij gezien als drie op elkaar inwerkende systemen.

In de eerste stap van de analyse komen de systeeminterne relaties aan de orde, dat wil zeggen de verbanden tussen de omgevingsvariabelen onderling, de politieke variabelen onderling en de beleidsvariabelen onderling (paragraaf 11.2). De invloed van politiek en omgeving op het beleid (de stappen 2, 3 en 4) komt in paragraaf 11.3 aan de orde. De directe en de indirecte invloed van alle omgevingskenmerken tezamen wordt nagegaan, evenals de onafhankelijke invloed van de politieke kenmerken. De variabelen worden hierbij en bloc behandeld. In paragraaf 11.4 komt de invloed van de afzonderlijke variabelen aan de orde. Ook hier wordt weer onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte omgevingsinvloed en de onafhankelijke politieke invloed. De laatste analysestap wordt gemaakt in paragraaf 11.5 waarin de beleidseffecten aan de orde komen. Het politiek systeemmodel wordt hiertoe verder uitgewerkt.

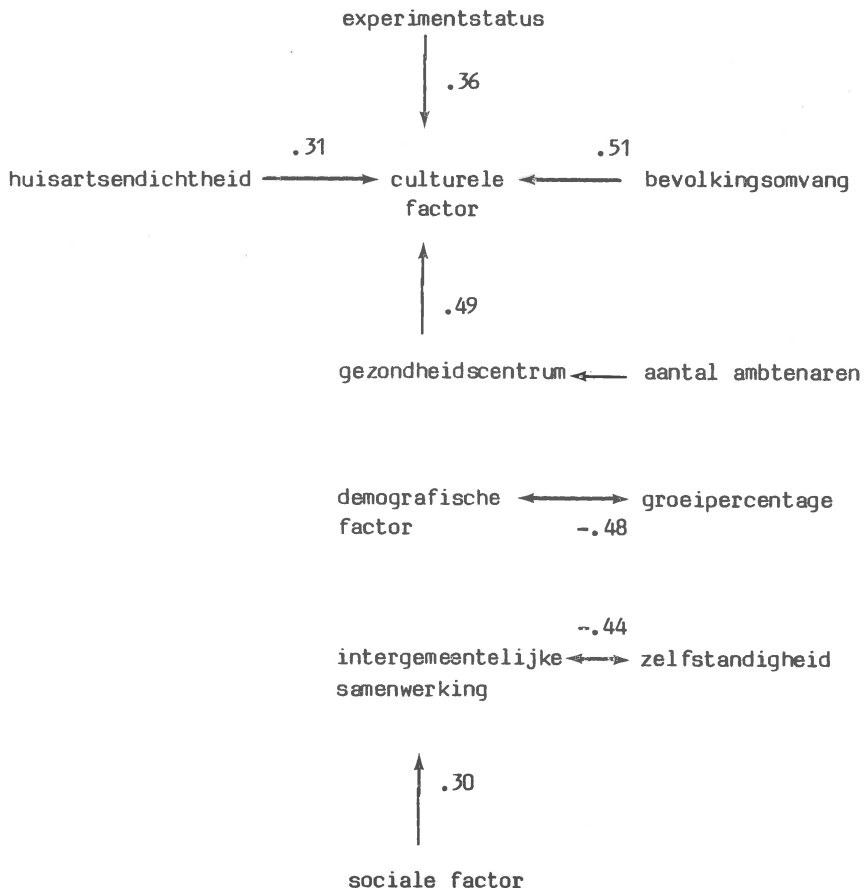
Gemeenten met minder dan 25.000 inwoners zijn buiten de analyses gehouden. Uit de inventarisatiehoofdstukken komt naar voren dat kleine gemeenten aanzienlijk minder actief zijn dan grote. Vaak zijn bepaalde taken aan intergemeentelijke samenwerkingsverbanden gedelegeerd. Het heeft weinig zin om de verschillen tussen deze kleine gemeenten verder te analyseren vooral ook omdat er weinig verschillen zijn. De grens is vrij arbitrair bij 25.000 gelegd omdat vanaf deze bevolkingsomvang alle omgevingskenmerken voor alle gemeenten beschikbaar zijn. Ook de respons op de enquête is hoog voor gemeenten boven de 25.000 inwoners (80,3%) zodat 102 van de 127 Nederlandse gemeenten met meer dan 25.000 inwoners in de analyse zijn betrokken.

11.2. Interne relaties

De correlaties tussen achtereenvolgens omgevingsvariabelen onderling, politieke variabelen onderling en beleidsvariabelen onderling zijn opgenomen in bijlage D.

De voornaamste verbanden tussen de omgevingsvariabelen zijn weergegeven in figuur 11.1. De elementaire linkage-analyse leert ons dat er sprake is van drie groepen omgevingsvariabelen die onderling correleren. In de eerste plaats zijn er een aantal variabelen die te

Figuur 11.1.: elementaire linkage-analyse op de omgevingsvariabelen



maken hebben met de omvang van de gemeente. Dit zijn aan de ene kant de bevolkingsomvang van de gemeente en het daaraan gerelateerde aantal ambtenaren dat de gemeente voor de eerstelijns kan inzetten. Aan de andere kant is dat de mate waarin de gemeente de kenmerken van een stedelijke cultuur vertoont. In gemeenten met deze kenmerken zijn relatief vaak gezondheidscentra aanwezig, is een relatief hoge huisartsendichtheid en zijn relatief vaak een experimentgemeente voor de WVG of de KSW. Dit laatste wordt mede veroorzaakt doordat de vier grote steden de experimentstatus hebben.

Ten tweede is er een negatief verband tussen de demografische factor en het groeipercentage. Dit is vrij logisch, gezien het feit dat snelgroeiende gemeenten vaak een relatief jonge bevolking hebben.

Ten derde is er een negatief verband tussen intergemeentelijke samenwerking en mate van zelfstandigheid enerzijds en de sociale factor anderzijds. Eerstgenoemde is vrij logisch. Naarmate gemeenten minder samenwerken, zijn ze zelfstandiger in de zin dat zij de plannkostenvergoeding vaker zelf zullen aanwenden. Het verband tussen intergemeentelijke samenwerking en de sociale factor is alleen op indirecte wijze te beredeneren. Gemeenten die laag scoren op de sociale factor vinden we vooral buiten het westen des lands (zie bijlage C) en daar wordt ook relatief vaak intergemeentelijk samengewerkt.

Van de politieke variabelen is alleen het negatieve verband tussen het percentage PvdA- en het percentage CDA-raadsleden van belang ($r = -.52$). Dit negatieve verband is natuurlijk niet verrassend.

Ook tussen de beleidsvariabelen onderling konden in de correlatiematrix verschillende groepen van met elkaar samenhangende variabelen te komen. Om tot een reductie te komen van het aantal te analyseren afhankelijke variabelen is een principale component-analyse uitgevoerd op alle beleidsvariabelen. Door de eerste drie factoren werd 49,9% van de variantie verklaard. De voornaamste ladingen van de oorspronkelijke variabelen op de drie factoren zijn opgenomen in tabel 11.1.

Op de eerste component laden in de eerste plaats de variabelen die activiteit met betrekking tot multidisciplinaire samenwerking indiceren. Verder zijn gemeenten die hoog op deze component laden, actief op het terrein van afstemming van werkgebieden en doelpopulaties en de financiële ondersteuning van patiëntenparticipatie. Tenslotte hebben hoog op deze component ladende gemeenten met meer kerndisciplines geregeld contact. We interpreteren deze component als een factor die de **mate waarin gemeenten een actief eerstelijnsbeleid voeren** aangeeft.

Tabel 11.1.: ladingen* van de beleidsvariabelen op de drie principale componenten

	component 1	component 2	component 3
beleidsvariabelen			
nota's			.63
contact met veld	.50		
uitgangspunten			.56
kader vestigingsbeleid		.83	
structuurbeleid		.84	
emancipatiebeleid		.82	
steun gezondheidscentra	.76		
steun andere vormen	.54		
financiële steun	.77		
afstemming werkgebieden	.49		
afstemming doelpopulaties	.42		.49
steun patiëntendeelname	.50		
steun vrijwilligerswerk			.57
verklaarde variantie	24,9	15,0	9,7

* ladingen beneden .35 zijn buiten de tabel gelaten.

Op de tweede component laden de variabelen op het terrein van het vestigingsbeleid hoog. Onderscheiden worden gemeenten die de **vestigingsregeling aanwenden om een eerstelijnsbeleid te voeren** van gemeenten die dit niet doen.

Gemeenten die zich actief hebben beziggehouden met het schrijven van nota's en het formuleren van beleidsuitgangspunten laden hoog op de derde component. Gemeenten die hoog op deze component laden, ontplooiën daarnaast relatief vaak activiteiten op het terrein van afstemming van doelpopulaties en het vrijwilligerswerk. We zullen deze component aanduiden als de mate waarin **gemeenten bezig zijn een beleid te ontwikkelen**.

In de komende paragrafen zullen bovengenoemde componenten worden gehanteerd als de afhankelijke variabelen uit het model. Geprobeerd zal dus worden de variantie in drie variabelen te verklaren vanuit de politieke en omgevingsfactoren, te weten de mate waarin een actief eerstelijnsbeleid wordt gevoerd en de mate waarin een gemeente zich actief bezighoudt met de ontwikkeling van een beleid voor de eerstelijns.

11.3. De invloed van politiek en omgeving op het beleid

De invloed van politieke en omgevingsvariabelen op het beleid is nagegaan met behulp van **multipele regressie**. In de analyses is de variabele aantal ambtenaren, werkzaam ten behoeve van de eerstelijns weggelaten omdat voor deze variabele te vaak 'onbekend' is ingevuld (16 van de 102 gemeenten). Daarnaast zijn twee gemeenten buiten de analyses gelaten omdat zij enkele variabelen onbekend scoorden. De analyses zijn dus uiteindelijk uitgevoerd met 100 gemeenten, tien omgevingsvariabelen, drie politieke variabelen en drie beleidsvariabelen.

In deze paragraaf staat de analyse van verschillen in beleid centraal. De variabele "aanwezigheid van gezondheidscentra" is niet meegenomen omdat deze gezien kan worden als een beleidseffect. In paragraaf 11.6 zal apart op de beleidseffecten worden ingegaan.

Tabel 11.2.: percentages verklaarde variantie in regressie-analyses van de invloed van omgevings- en politieke variabelen op het gemeentelijk beleid voor de eerstelijns

	afhankelijke variabele		
	eerstelijns- beleid	vestigings- beleid	beleids- ontwikkeling
omgevingsvariabelen			
% verkl. variantie	34,3	7,5	9,2
% toename*	3,2	0,9	2,8
politieke variabelen			
% verkl. variantie	6,9	1,5	2,9
% toename**	30,6	6,9	9,1
alle variabelen			
% verkl. variantie	37,5	8,4	12,0

* bij toevoeging politieke variabelen.

** bij toevoeging omgevingsvariabelen.

Tabel 11.2 laat de uitkomsten van de uitgevoerde multipele regressie-analyses zien. Er zijn drie analyses uitgevoerd: één met alleen de omgevingsvariabelen, één met uitsluitend de politieke variabelen en één met beide. Eerste conclusie die uit de tabel kan worden ge-

trokken, is dat **verschillen in eerstelijnsbeleid aanzienlijk beter kunnen worden verklaard dan verschillen in vestigingsbeleid en beleidsontwikkeling**. Dit geldt zowel voor de politieke en de omgevingskenmerken afzonderlijk als voor beide typen kenmerken gezamenlijk.

De tweede algemene conclusie die kan worden getrokken, is dat de **omgevingsvariabelen aanzienlijk meer variantie verklaren dan de politieke variabelen**. Dit geldt voor alle drie de afhankelijke variabelen.

Nu zullen we de tabel analyseren volgens de in het voorgaande hoofdstuk onderscheiden stappen. Drie componenten moeten daartoe worden onderscheiden:

1. de directe omgevingsinvloed;
2. de indirecte omgevingsinvloed (via de politiek);
3. de onafhankelijke politieke invloed.

Ad. 1.

De directe omgevingsinvloed kan worden vastgesteld door te kijken naar de toename van het percentage verklaarde variantie als de omgevingsvariabelen in de regressievergelijking worden gebracht na de politieke variabelen (de vierde rij uit de tabel dus). Deze toename geeft aan hoeveel procent van de variantie in de afhankelijke variabele wordt verklaard door omgevingsfactoren onafhankelijk van de invloed die loopt via de politiek. Voor de variabelen eerstelijnsbeleid, vestigingsbeleid en beleidsontwikkeling is de directe omgevingsinvloed dus respectievelijk 30,6%, 6,9% en 9,1%. De conclusie kan worden getrokken dat **de directe omgevingsinvloed het leeuwendeel van het totale percentage verklaarde variantie voor haar rekening neemt** (respectievelijk 81,6%, 82,1% en 75,8%).

Ad. 2.

De omgevingsinvloed die via de politiek verloopt, kan eenvoudig worden berekend door de directe omgevingsinvloed van het totale door de omgevingskenmerken verklaarde percentage variantie (eerste rij uit de tabel) af te trekken. Voor het eerstelijnsbeleid is de indirecte omgevingsinvloed dus 3,7%, voor het vestingsbeleid 0,6% en voor de beleidsontwikkeling 0,1%. De **indirecte omgevingsinvloed is dus gering** (bij het eerstelijnsbeleid) **of afwezig** (bij de andere afhankelijke variabelen).

Ad. 3.

De onafhankelijke politieke invloed kan analoog aan de directe omge-

vingsinvloed worden vastgesteld. Gekeken moet worden naar de toename van het percentage verklaarde variantie als de politieke variabelen ná de omgevingsvariabelen in de regressievergelijking worden gebracht (de tweede rij uit de tabel). De percentages verklaarde variantie (3,2%, 0,9% en 2,8%) wijzen op een **geringe onafhankelijke invloed van de politiek op het beleid**. Bij het eerstelijnsbeleid ligt de invloed in de orde van grootte van de indirecte omgevingsinvloed en bij het vestigingsbeleid en de beleidsvoorbereiding is de invloed wat groter.

Tot dusver zijn de politieke en omgevingskenmerken als geheel behandeld. In de volgende paragraaf zal meer in detail worden gekeken naar de invloed van de individuele politieke en omgevingsvariabelen op het beleid.

11.4. De invloed van de individuele politieke en omgevingskenmerken

In deze paragraaf wordt hoofdzakelijk ingegaan op de effecten van individuele politieke en omgevingskenmerken op de mate waarin de gemeente een actief eerstelijnsbeleid voert. Ter herinnering: dit is een indicator die samenhangt met de mate waarin een gemeente actief is bij de ondersteuning van samenwerking, bij patiëntenparticipatie en bij afstemming van werkgebieden waarbij relatief veel contact met het veld onderhouden wordt. De andere beleidsindicatoren (vestigingsbeleid en beleidsvoorbereiding) komen aan het eind kort ter sprake. Dit omdat, zoals in de voorgaande paragraaf al bleek, verschillen hierin nauwelijks kunnen worden verklaard uit de door ons gebruikte politieke en omgevingsfactoren.

De directe en indirecte invloed op het beleid van de verschillende omgevingskenmerken kan worden afgeleid uit tabel 11.3. De aanpak is vergelijkbaar met het voorgaande hoofdstuk met dien verstande dat nu ook voor de overige omgevingsvariabelen moet worden gecontroleerd. Ter toelichting op de gevolgde aanpak gaan we in op het verband tussen de bevolkingsomvang en het gemeentelijk beleid. Bezien we de enkelvoudige correlatie-coëfficiënt ($r=.30$) dan lijkt er een zeker verband te bestaan tussen bevolkingsomvang en beleid. Voor we dit verband gaan uiteenleggen in een directe en een indirecte invloed, moet eerst worden gecontroleerd voor de andere omgevingskenmerken.

Als we dat doen, zien we dat de correlatie fors daalt ($r_{om}=.11$). Deze laatste correlatie kan nu uiteengelegd worden in directe en indirecte omgevingsinvloed. De directe omgevingsinvloed verkrijgen we

Tabel 11.3.: regressie-analyse van de invloed van de omgevingskenmerken op de mate waarin gemeenten een eerstelijnsbeleid voeren: regressie-coëfficiënten (B), enkelvoudige correlaties (r), partiële correlaties gecontroleerd voor omgevingskenmerken (r-om), partiële correlaties gecontroleerd voor omgevings- en politieke kenmerken (r-om-pol) en het verschil tussen de beide laatste

	eerstelijnsbeleid				
	B*	r	r-om	r-om/pol	r-verschil
omgevingsvariabelen					
bevolkingsomvang	.000	.30	.11	.04	.07
bevolkingsgroei	.002	.21	.01	-.06	.07
demografische factor	-.223	-.07	-.19	-.20	.01
sociale factor	-.033	.10	.06	-.03	.09
culturele factor	.078	.37	.06	.07	-.01
huisartsendichtheid	.288	.23	.14	.17	-.03
intergem.samenwerking	-.217	-.26	-.23	-.28	.05
zelfstandigheid	.034	.20	.05	.02	.03
experimentstatus	.965	.43	.36	.40	-.04

* met alle politieke en omgevingskenmerken in de regressievergelijking

door nu ook voor politieke variabelen te controleren (r.om/pol=.04). De invloed van de bevolkingsomvang via de politiek is het restant (r-verschil=.07). De gestandaardiseerde regressie-coëfficiënten (B), tenslotte, zijn berekend met alle variabelen in de vergelijking (dus zowel de politiek als de omgeving). Zij geven aan hoeveel percentage verandering in het beleid optreedt als de afhankelijke variabele met één eenheid toeneemt als alle andere variabelen gelijk blijven. Voor de bevolkingsomvang kan dus de conclusie worden getrokken dat zij nauwelijks met het beleid samenhangt, noch direct, noch indirect.

Directe omgevingsinvloed hebben de variabelen experimentstatus, intergemeentelijke samenwerking, de demografische factor en de huisartsendichtheid. De **experimentstatus** is de belangrijkste verklarende variabele (r-om/pol=.40). Uit de regressiecoëfficiënt kan worden afgeleid dat gemeenten, die de experimentstatus bezitten gemiddeld bijna twee keer zo actief zijn dan andere gemeenten (onder constant-houding van alle andere variabelen). Tweede verklarende factor is de-

intergemeentelijke samenwerking. **Naarmate gemeenten meer samenwerken**, zijn ze zelf (gemiddeld) minder actief, zo blijkt uit deze gegevens. Derde conclusie die kan worden getrokken, is dat **gemeenten met een jonge leeftijdsopbouw** gemiddeld een actiever eerstelijnsbeleid voeren dan andere gemeenten. Tenslotte blijkt dat gemeenten gemiddeld genomen actiever zijn naarmate er **meer huisartsen** zijn in die gemeente. Als er één huisarts per 10.000 inwoners bijkomt, neemt de gemeentelijke activiteit met 28,8% toe.

Reflecteren we bovengenoemde conclusies aan de in het voorgaande hoofdstuk geuite verwachtingen, dan kan worden geconstateerd dat de invloed van de experimentstatus en de intergemeentelijke samenwerking volgens de verwachtingen was. Ten aanzien van de leeftijdsopbouw verwachten we een omgekeerd verband, namelijk dat oudere gemeenten actiever zouden zijn. Achteraf kan worden beredeneerd dat het in dit geval, waar het gaat om beleidsvernieuwing (wat een beleid ten aanzien van samenwerking en patiëntenparticipatie in feite is) jonge gemeenten actiever zijn. Ten aanzien van de huisartsendichtheid was geen verwachting gespecificeerd. Achteraf kan worden vastgesteld dat een beleid gericht op samenwerking, patiëntenparticipatie etc. kennelijk makkelijker van de grond komt in gemeenten met relatief veel huisartsen en dus kleine praktijken.

De indirecte omgevingsinvloed (r-verschil) **blijkt zeer gering** of afwezig te zijn als deze per variabele wordt uitgesplitst. Een grote bevolkingsomvang, een snelle bevolkingsgroei en een hoog percentage in de lagere sociale klassen blijken via de politiek nog de meeste invloed te hebben. De partiële correlaties zijn echter te laag om conclusies aan te verbinden.

De invloed van politieke factoren kan worden nagegaan aan de hand van tabel 11.4. De partij van de **wethouder voor volksgezondheid** en het **percentage PvdA-raadsleden** blijken beide een zekere onafhankelijke invloed te hebben op de mate waarin de gemeente een actief eerstelijnsbeleid ten aanzien van samenwerking afstemming van werkgebieden en patiëntenparticipatie. Opmerkelijk is dat de negatieve correlatie tussen gemeentelijk beleid en percentage CDA-raadsleden geheel weg valt, ja zelfs omdraait als wordt gecontroleerd voor omgevingsvariabelen. Er kan dan ook niet worden gesproken van een onafhankelijke CDA-invloed ondanks het feit dat CDA-raadsleden oververtegenwoordigd zijn in weinig actieve gemeenten.

Tenslotte de omgevingsinvloed en de politieke invloed op het vestigingsbeleid en de beleidsontwikkeling. Vanwege de geringe percenta-

ges verklaarde variantie wordt dit slechts kort aangestipt. Van een

Tabel 11.4.: regressie-analyse van de invloed van de politieke kenmerken op de mate waarin gemeenten een eerstelijnsbeleid voeren: regressie-coëfficiënten (B), enkelvoudige correlaties (r), partiële correlaties gecontroleerd voor politieke kenmerken (r-pol), partiële correlaties gecontroleerd voor politieke en omgevingskenmerken (r-om-pol)

	eerstelijnsbeleid			
	B*	r	r-pol	r-om/pol
politieke variabelen				
partij wethouder	.096	.11	.11	.12
% CDA-raadsleden	.009	-.20	-.11	.08
% PvdA-raadsleden	.020	.22	.13	.18

* met alle politieke en omgevingskenmerken in de regressievergelijking

indirecte omgevingsinvloed en een onafhankelijke politieke invloed van de mate waarin gemeenten de vestigingsregeling aanwenden als beleidsinstrument blijkt geen sprake. Wel blijkt er een directe omgevingsinvloed te zijn van de culturele factor ($r=.20$) en een negatieve invloed van de mate van zelfstandigheid ($r=-.12$) en de huisartsendichtheid ($r=-.11$). De invloed van de culturele factor wijst wellicht op een afwijkende bestuurlijke cultuur in deze gemeenten. Het feit dat zelfstandige gemeenten minder actief zijn, wijst erop dat beleidskaders voor het vestigingsbeleid vaker in intergemeentelijk verband worden gemaakt. De invloed van de huisartsendichtheid is volgens de verwachting dat gemeenten met een overcapaciteit minder actief zullen zijn.

De invloed van omgeving en politiek op de beleidsontwikkeling tot uiting komend in de aanwezigheid van eerstelijnsnota's en de formulering van beleidsuitgangspunten zijn iets groter. Directe omgevingsinvloeden zijn in volgorde van belangrijkheid; de demografische factor ($r=.21$), de culturele factor ($r=.18$), het groeipercentage ($r=.13$) en de experimentstatus ($r=-.14$). Onafhankelijke politieke invloed heeft de portefeuillehouder voor volksgezondheid ($r=.16$). Indirecte omgevingsinvloeden van enig belang ontbreken. Meer activiteit dan gemiddeld vinden we in gemeenten met een vergrijsde bevol-

king, gemeenten met een stedelijke cultuur, relatief snel groeiende gemeenten en gemeenten die geen experimentstatus bezitten. Alleen het laatste is niet in overeenstemming met de verwachtingen. De experimentstatus werkt dus eerder door in activiteit ten aanzien van samenwerking, patiëntenparticipatie etcetera dan in activiteit ten aanzien van de beleidsontwikkeling. Tenslotte is de portefeuillehouder voor volksgezondheid van belang. We vinden gemiddeld meer activiteit in gemeenten met een linkse dan in gemeenten waar geen aparte portefeuillehouder voor volksgezondheid is of de portefeuillehouder is VVD-er. De verbanden zijn echter over het algemeen zwak, zodat geen al te absolute conclusies kunnen worden getrokken. Slechts een gering deel van de verschillen in gemeentelijk beleid worden erdoor verklaard.

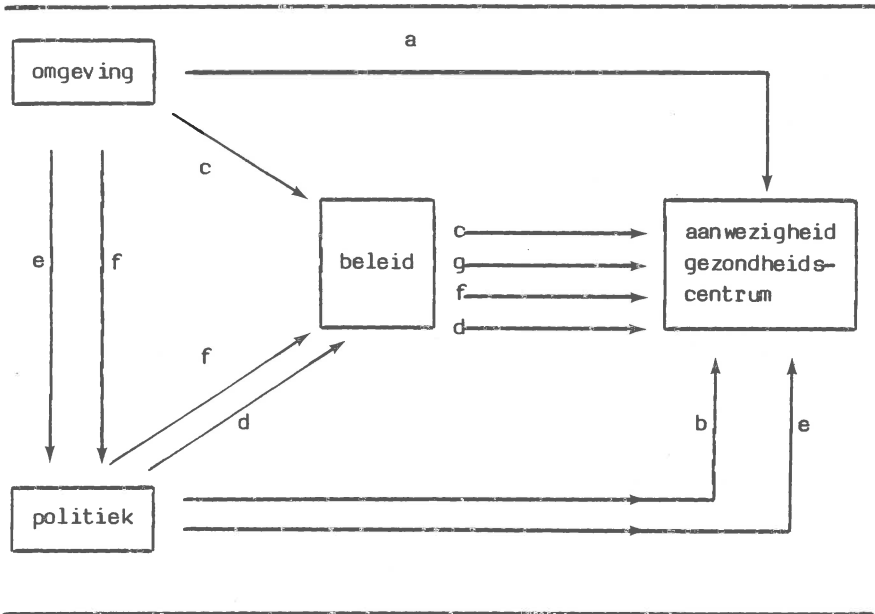
11.5. De beleidseffecten

In deze paragraaf wordt één mogelijk effect van een actief gemeentelijk beleid verder uitgezocht, te weten de **aanwezigheid van gezondheidscentra**. In hoofdstuk 7 hebben we al gezien dat in de meerderheid van de gemeenten waar zich gezondheidscentra bevinden gemeenten de totstandkoming van die centra hebben bevorderd, dan wel nog steeds ondersteunen (al of niet financieel). De vraag is nu of het al of niet aanwezig zijn van gezondheidscentra via een actief gemeentelijk beleid kan worden teruggevoerd op verschillen in de omgeving of het politiek systeem. Aan de andere kant kan juist het feit dat gezondheidscentra in een gemeente aanwezig zijn er toe leiden dat de gemeente overgaat tot ondersteuning. We zitten hier dus met een kip-en-ei-probleem.

Om een zo helder mogelijk inzicht te krijgen in de mogelijke effecten van politiek, omgeving en beleid op het aan- of afwezig zijn van gezondheidscentra wordt het politiek systeemmodel wat verder uitgewerkt. Dit gebeurt aan de hand van figuur 11.2, waarvan de verschillende pijlen achtereenvolgens worden behandeld.

- a. Het **directe omgevingseffect** op de aanwezigheid van gezondheidscentra. Er kan hier een zelfstandig effect van de bevolkingsomvang worden verwacht (hoe groter een gemeente, hoe groter de kans dat een centrum aanwezig is). Bevolkingsgroei kan ook een zelfstandige factor zijn, aangezien snelle groei de vestiging van een centrum in nieuwe wijken mogelijk maakt.
- b. Het **onafhankelijke politieke effect**: hier kan niet zozeer worden gesproken van een oorzakelijk verband. De invloed van de politiek

Figuur 11.2.: mogelijke effecten van omgeving, politiek en beleid op de aanwezigheid van gezondheidscentra en vice versa



loopt immers via het beleid. Wellicht is wel sprake van een statistisch verband, bijvoorbeeld doordat in een relatief progressieve gemeente ook de huisartsengroep progressiever is en daardoor vaker gevestigd in gezondheidscentra.

- c. Het **effect van de omgeving via het beleid**: we hebben in de voorgaande paragraaf gezien dat gemeenten met een experimentstatus bijvoorbeeld vaker een actief beleid voeren. We kunnen nu veronderstellen dat deze activiteit tot uiting komt in het vaker aanwezig zijn van gezondheidscentra.
- d. Het **effect van de politiek via het beleid**: op dezelfde wijze als bij c kan worden verondersteld dat de in de voorgaande paragraaf geconstateerde onafhankelijke politieke effecten op het beleid doorwerken op de mogelijke aanwezigheid van gezondheidscentra.
- e. Het **effect van de omgeving via het beleid**: evenals bij b kunnen hier statistische verbanden worden verwacht. Gemeenten met een sterke stedelijke cultuur hebben vaak een hoog percentage PvdA-raadsleden, wat ook samengaat met een progressieve huisartsengroep, die een voorkeur voor gezondheidscentra als vestigingswijze hebben.

- f. Het **effect van de omgeving via de politiek** en het beleid: in dit geval hebben we het over de doorwerking van de indirecte omgevingseffecten uit de voorgaande paragraaf. Aangezien de indirecte omgevingseffecten op het beleid gering waren, kan geen sterke doorwerking worden verwacht.
- g. Het **onafhankelijke verband tussen beleid en de aanwezigheid van gezondheidscentra**: voor zover het effect van het beleid niet kan worden verklaard uit omgeving en politiek, kan worden aangenomen dat er sprake is van een positief effect van het beleid op de totstandkoming van gezondheidscentra.

Tabel 11.5.: analyse van de invloed van politiek, omgeving en beleid op de aan- of aanwezigheid van gezondheidscentra

	partiële correlatie*	% verklaarde variantie
a. direct omgevingseffect		7,7
bevolkingsomvang	.24	
huisartsendichtheid	.15	
demografische factor	-.16	
b. onafhankelijk politiek effect		2,1
partij wethouder	.17	
% PvdA-raadsleden	-.16	
c. omgevingseffect via beleid		19,7
culturele factor	.17	
experimentstatus	.17	
intergem. samenwerking	-.16	
financiële steun	.10	
steun gezondheidscentra	.11	
d. politiek effect via beleid		2,2
% PvdA-raadsleden	.12	
e. omgevingseffect via politiek		0,7
f. omgevingseffect via politiek en beleid		9,1
% CDA-raadsleden	-.11	
g. onafhankelijk beleidsseffect		17,1
financiële steun	.22	
steun gezondheidscentra	.30	
totaal		58,7

* partiële correlaties lager dan .10 zijn buiten de tabel gelaten.

Aan de hand van tabel 11.5 kunnen de bovengenoemde effecten worden geëvalueerd. Vooraf moet worden gemeld dat "**financiële ondersteuning van samenwerking**" en "**ondersteuning van gezondheidscentra**" als beleidsvariabelen in de analyses zijn betrokken. Dit zijn de meest relevante variabelen die de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra kunnen verklaren.

Met alle omgevings-, politieke en beleidskenmerken in de regressievergelijking kan **58,7% van de variantie** in de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra worden verklaard, wat voor dit type gegevens een aanzienlijk percentage genoemd kan worden. Van de 58,7% kan 10,5% niet worden gezien als een beleidseffect. Dit zijn de statistische verbanden tussen omgeving en politiek enerzijds en de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra anderzijds (a, b en e). De resterende 48,2% verklaarde variantie kan worden toegeschreven aan de beleidseffecten.

De reserve moet hier worden aangebracht dat een deel van de verklaarde variantie terug te voeren kan zijn aan **terugkoppelingseffecten**. Daarmee wordt bedoeld dat het beleid beïnvloed kan zijn door de aanwezigheid van gezondheidscentra. Het beleid is dan een resultaat van de aanwezigheid van gezondheidscentra en niet omgekeerd.

Deze terugkoppelingseffecten kunnen in de eerste plaats gezocht worden bij de onafhankelijke beleidseffecten. Het onverklaarde deel van de variantie in beleid kan immers zijn veroorzaakt door de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra. Het feit dat het onafhankelijk beleidseffect 17,1% van de variantie voor haar rekening neemt, kan dan ook worden gezien als een aanwijzing dat inderdaad terugkoppelingseffecten optreden.

Terugkoppelingseffecten op de omgeving zijn veel minder te verwachten. Het feit dat **omgevingskenmerken** via beleid en/of politiek een aanzienlijk deel (bijna 30%) van de variantie verklaren, kan daarom inderdaad worden gezien als een aanwijzing dat er sprake is van effectief beleid.

De **politieke effecten** op de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra lijken gering, temeer daar kan worden aangenomen dat ook hier terugkoppelingseffecten in het spel zijn.

Tenslotte wordt per effect ingegaan op de belangrijkste variabelen die bij de verklaring een rol spelen.

Ad. a. We zien directe omgevingseffecten van de bevolkingsomvang, de huisartendichtheid en de demografische structuur. Gemeenten met gezondheidscentra zijn dus gemiddeld groter, hebben gemiddeld meer huisartsen en een jongere bevolking dan andere

gemeenten. Dit is in overeenstemming met de verwachting en met wat algemeen bekend is.

- Ad. b. Er is sprake van een onafhankelijk politiek effect van de partij van de wethouder en een negatief effect van het percentage PvdA-raadsleden. Dit betekent dat als een actief beleid wordt gevoerd, dit beleid relatief vaak effect heeft als een aparte wethouder voor volksgezondheid van linkse signatuur aanwezig is en relatief weinig effect heeft als het percentage PvdA-raadsleden hoog is.
- Ad. c. Bij de omgevingseffecten via het beleid zien we dat, evenals in de voorgaande paragraaf, de experimentstatus en de mate waarin intergemeentelijk wordt samengewerkt van belang is. Deze verbanden waren dus te verwachten. Nieuw is het verband met de culturele factor. Gemeenten met een stedelijke cultuur voeren kennelijk een relatief effectief beleid. We zien dat het verband via de beide beleidsvariabelen loopt. Er kan dus niet worden gezegd dat bijvoorbeeld financiële steun effectiever is dan andere vormen van ondersteuning.
- Ad. d. Het percentage PvdA-raadsleden heeft via een actief beleid invloed op de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra. Dit moet vooral komen doordat gemeenten met een hoog percentage PvdA-raadsleden relatief vaak een beleid voeren, want we hebben al gezien dat bij de gemeenten die een actief beleid voeren, een hoog percentage PvdA-raadsleden samengaat met een weinig effectief beleid.
- Ad. f. Het enige kenmerk dat hoog scoort op de omgevingseffecten via politiek en beleid is het percentage CDA-raadsleden. De negatieve correlatie wijst erop dat het percentage CDA-raadsleden in gemeenten met gezondheidscentra beneden het gemiddelde ligt. Dit is echter toe te schrijven aan omgevingsfactoren.
- Ad. g. Beide beleidskenmerken hebben een onafhankelijk effect op de aan-/afwezigheid van gezondheidscentra.

11.6. Conclusie

In dit hoofdstuk zijn verklarende factoren voor intergemeentelijke verschillen in beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg geanalyseerd volgens het in hoofdstuk 10 ontwikkelde conceptueel model. Drie componenten van het gemeentelijke beleid zijn daartoe aan een onderzoek onderworpen:

1. De mate waarin gemeenten een actief eerstelijnsbeleid voeren ten

aanzien van samenwerking, afstemming van werkgebieden en patiëntenparticipatie;

2. De mate waarin gemeenten de vestigingsregeling aanwenden om een eerstelijnsbeleid te voeren;
3. De mate waarin gemeenten actief bezig zijn een eerstelijnsbeleid te ontwikkelen.

Verschillen in de eerste component blijken aanzienlijk beter te kunnen worden verklaard uit de gebruikte omgevings- en politieke kenmerken dan verschillen in de tweede en derde component (respectievelijk 37,5%, 8,4% en 12,0% verklaarde variantie). Verder blijken de omgevingskenmerken aanzienlijk meer variantie te verklaren dan de politieke kenmerken. Het grootste deel van die omgevingsinvloed is direct, dus zonder de interventie van de politiek. Indirecte omgevingsinvloeden (via de politiek) en onafhankelijke politieke invloeden zijn gering.

Gemeenten met een experimentstatus in het kader van de WVG en de KSW blijken gemiddeld genomen actiever (ten aanzien van samenwerking etcetera) dan andere gemeenten. Hetzelfde geldt voor gemeente die weinig intergemeentelijk samenwerken, gemeenten met een jonge leeftijdsopbouw en relatief veel huisartsen. Het percentage PvdA-raadsleden blijkt een positieve invloed te hebben op de gemeentelijke activiteit ten aanzien van samenwerking, afstemming van werkgebieden etcetera.

Tot slot is een mogelijk effect van gemeentelijk beleid nader geanalyseerd, te weten de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra. Een aanzienlijk deel (58%) van de variantie in de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra kon worden verklaard uit de gebruikte politieke, omgevings- en beleidskenmerken. Een deel van de variantie (10,5%) wordt echter verklaard uit de omgeving en de politiek zonder tussenkomst van het beleid. Hier is dus geen sprake van beleidseffect. Bovendien zijn er aanwijzingen voor terugkoppelingseffecten in de zin van een invloed van de aanwezigheid van gezondheidscentra op het beleid. Dan nog zijn er sterke aanwijzingen voor de aanwezigheid van beleidseffecten. Het zijn vooral de omgevingskenmerken die via het beleid doorwerken op de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra.

12. CONCLUSIE

12.1. Samenvatting van het inventariserend onderzoek

In het inventariserend onderzoek is getracht een antwoord te geven op de vraag welke beleidsactiviteiten de Nederlandse gemeenten op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg. Dit tegen de achtergrond van de mogelijke invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, hetgeen een verruiming van de gemeentelijke bevoegdheden zou betekenen.

Uit de analyse van de formele mogelijkheden om een beleid te voeren en een verkenning van de range aan feitelijke activiteiten, blijkt dat het volume aan te verwachten activiteiten laag moet worden ingeschat. De mogelijke komst van de WVG leidt tot een dualistische houding van gemeenten. Enerzijds gaat men daarop inspelen. Anderzijds wacht men met bepaalde activiteiten op verruiming van de bevoegdheden. Uit dezelfde analyses kan worden opgemaakt dat de vraag of gemeenten bij een verdere decentralisatie sterk uit de pas zullen gaan lopen met de nationale beleidsdoelstellingen vooralsnog ontkennend moet worden beantwoord. Er zijn aanwijzingen voor een tamelijk grote consensus over de belangrijkste beleidsdoelstellingen.

De feitelijke inventarisatie is uitgevoerd door middel van een **schriftelijke enquête** onder de Nederlandse gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden. Aan alle Nederlandse gemeenten en alle intergemeentelijke samenwerkingsverbanden met meer dan 20.000 inwoners is een vragenlijst gestuurd. Uit de gemeenten met minder dan 20.000 inwoners is een steekproef getrokken. De respons op de enquête onder gemeenten bedraagt ruim 70%.

Uit de enquête blijkt dat in de **meeste gemeenten (zo'n 85%) op de een of andere wijze intergemeentelijk wordt samengewerkt**. Het ontbreken van een duidelijke bestuurslaag op regionaal niveau waar de eerstelijnsstaken aan konden worden gehangen, heeft echter wel geleid tot **grote diversiteit** in de intensiteit van en de manier waarop wordt samengewerkt. Zo is er verschil tussen de gebieden waarin wordt samengewerkt voor de WVG-planning en de gebieden waarin wordt samengewerkt voor de vestigingsregeling. De vestigingsregeling wordt vaker op lokaal niveau uitgevoerd (met name in het westen en het oosten van het land). In ongeveer de helft van de gevallen waarin

wordt samengewerkt, beperkt de samenwerking zich tot intergemeentelijke afstemming en coördinatie. In dat geval blijft de samenwerking vaak beperkt tot ambtelijk en portefeuillehoudersoverleg. In de andere helft van de gevallen zijn ook voorbereidingen en uitvoeringstaken gedelegeerd aan een van de gemeenten, een gemeentelijke of districtsgesondheidsdienst of bij een als aparte organisatie fungerend intergemeentelijk samenwerkingsverband. Kleinere gemeenten zijn daarbij eerder geneigd taken te delegeren dan de grote.

De manier waarop de **plankostenvergoeding** voor de invoering van de WVG is verdeeld, weerspiegelt de intergemeentelijke samenwerking. In 45% van de gevallen is sprake van een verdeelsleutel tussen gemeente en samenwerkingsverband, 29% van de gemeenten draagt alles over naar een samenwerkingsverband en 25% houdt alles zelf. De meeste gemeenten besteden de plankostenvergoeding aan de financiering van het ambtelijk apparaat, zij het dat niet altijd een uitbreiding wordt gerealiseerd, omdat het zittende apparaat eruit wordt gefinancierd.

Activiteiten op het terrein van de **ontwikkeling** (beleidsvoorbereiding en -bepaling) van een beleid voor de **eerstelij**n komen in een **groot aantal gemeenten** voor. Er is wel een groot **verschil tussen grote en kleine** gemeenten. Gemeenten met meer dan 50.000 inwoners kunnen vaak een full-time ambtenaar op de eerstelijnsgezondheidszorg zetten die deel uitmaakt van een aparte afdeling volksgezondheid of volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening (in gemeenten met meer dan 100.000 inwoners speelt de GG & GD of de GGD vaak nog een rol). Het overgrote deel (meer dan 85%) van deze gemeenten hebben dan ook nota's uitgebracht waarin de eerstelij

aan de orde komt. Ongeveer de helft van de grote gemeenten onderhoudt geregeld contact met de huisartsen binnen hun grenzen en ongeveer een derde wenst frequenter contact. De belangrijkste rijksdoelstellingen ten aanzien van de eerstelij

worden door de overgrote meerderheid van deze gemeenten onderschreven. Bovendien vinden ze dat de gemeente een rol dient te spelen bij de verwezenlijking van die doelstellingen.

Kleine gemeenten (minder dan 10.000) hebben vaak slechts één ambtenaar, die een gering deel van zijn tijd eerstelij

nstaken uitoefent. Nota's waarin de eerstelij

aan de orde komt, ontbreken over het algemeen. De eerstelij

is meestal ondergebracht bij de afdeling welzijn. Er is in deze gemeenten zelden sprake van een geregeld contact met de huisarts en de meeste gemeenten wensen ook geen frequenter contact. Het percentage dat de belangrijkste rijksdoelstellingen ten aanzien van de eerstelij

onderschrijft, zweeft tussen de 33 en de

63%. Hetzelfde geldt voor de rol van de gemeenten bij de verwezenlijking van die doelstellingen.

De gemeenten met een inwonertal variërend tussen de 20.000 en 50.000 nemen een tussenpositie in. Er lijkt sprake te zijn van een tamelijk lineair verband tussen bevolkingsomvang en gemeentelijke activiteit.

Bij de conclusies over het **vestigingsbeleid** moet in het oog worden gehouden dat de enquête is gehouden in een periode waarin een en ander volop in ontwikkeling was. Veel vestigingsadviescommissies waren nog niet of nog maar zeer kort geleden geïnstalleerd en er was **geen duidelijkheid over de beleidsruimte** die de vestigingsregeling de gemeenten bood.

Onderscheid is gemaakt tussen gemeenten (25%) die het vestigingsbeleid **zelfstandig** uitvoeren en gemeenten die dat in **regionaal** verband doen (75%). De eerstgenoemden zijn vaak groter en sterk geconcentreerd in West- en Oost-Nederland.

Het feit dat het vestigingsbeleid nog in ontwikkeling is, komt tot uiting in het feit dat ongeveer de helft van de geënquêteerde gemeenten nog niet over de vereiste informatie beschikt. Uit de ontvangen informatie blijkt dat veel gemeenten geconfronteerd worden met praktijken beneden de minimumnorm en praktijken boven de maximumnorm. Ook het aantal huisartsen dat de gemeente te kennen geeft te streven naar een praktijkomvang beneden de normpraktijk is niet onaanzienlijk. Een en ander heeft tot gevolg dat het **aantal gemeenten waar nog ruimte is voor nieuwe vestigingen groter is dan het aantal gemeenten waar sprake is van een overschot**. Alleen in de grootste gemeenten blijkt relatief vaak sprake te zijn van een overcapaciteit.

Een kwart van de geënquêteerde gemeenten meldde één of meer vergunningen te hebben verleend. Het blijkt dat in een vrij groot aantal gevallen het spreidingsargument is gehanteerd om vergunningen te verlenen boven de gestelde capaciteit.

Sijna een derde van de geënquêteerde gemeenten heeft een beleidskader ontwikkeld waarin doelstellingen zijn opgenomen die gemeenten met het vestigingsbeleid willen nastreven. Behalve het spreidingscriterium (het enige dat de gemeente wettelijk mag stellen) zijn hierin in veel gevallen criteria rond samenwerking, afstemming van werkgebieden en geslacht van de te selecteren huisarts opgenomen. Grote gemeenten hebben vaker een beleidskader dan kleine en stellen daarin meer criteria.

Vrij algemeen worden door de vestigingsadviescommissie profielschetsen opgesteld voor de nieuw aan te trekken huisarts. De LHV-procedu-

re gaat slechts in een minderheid van de gevallen de wettelijke procedure vooraf.

Drie kwart van de geënquêteerde gemeenten spreekt geen voorkeur uit voor een bepaalde vorm van **multidisciplinaire samenwerking**. Voorkeuren voor gezondheidscentra vinden we vooral in de grotere gemeenten en voorkeur voor home-teams of breed periodiek eerstelijnsoverleg in de kleinere gemeenten. **In meer dan twee derde van de gemeenten waar zich gezondheidscentra bevinden, zegt de gemeente dat zij de totstandkoming van gezondheidscentra heeft bevorderd.** Bij de andere samenwerkingsvormen is de gemeentelijke rol veel geringer. Permanente ondersteuning van gezondheidscentra vindt in 62,5% van de gemeenten plaats waar zich een gezondheidscentrum bevindt. Ook hier liggen de percentages voor de andere samenwerkingsvormen aanzienlijk lager. Meest gebruikte instrumenten bij de bevordering en ondersteuning liggen in de sfeer van overleg en het bieden van ambtelijke ondersteuning. Grote gemeenten bieden ook vaak financiële steun en reserveren ruimte in bestemmingsplannen.

Gebrek aan **afstemming van werkgebieden** van de eerstelijnsorganisaties (het 'directieniveau') wordt door 20% van de geënquêteerde gemeenten als probleem ervaren. De helft van de grote gemeenten en samenwerkingsverbanden zien het als probleem. Meest gebruikte middel om tot verbetering van de situatie te komen, is overleg. Gebrek aan afstemming op hulpverlenersniveau wordt door 28% van de gemeenten als probleem ervaren. Bij gemeenten met meer dan 100.000 inwoners is dit percentage veel hoger, namelijk 78,6%. **Twee derde van de gemeenten die het als probleem ervaren, ondernemen actie** om verbetering in de situatie te brengen en nog eens zo'n 13% koestert daartoe plannen. Het meestgenoemde middel in dit verband is het vestigingsbeleid voor huisartsen.

Rond het thema **gebruikersparticipatie** is de lokale overheid minder actief dan rond de andere in dit rapport genoemde thema's. Toch is financiële ondersteuning van patiëntenorganisaties door de gemeenten geen ongewoon verschijnsel. De helft van de gemeenten met meer dan 100.000 inwoners ondersteunt patiëntenorganisaties financieel. In gemeenten met minder dan 20.000 inwoners komt ondersteuning sporadisch voor. Hetzelfde geldt voor alle gemeenten ten aanzien van de ondersteuning van vrijwilligersorganisaties. Alleen bij de middelgrote gemeenten (20.000 tot 100.000) komt dit wat vaker voor.

12.2. Samenvatting van het verklarend onderzoek

In het tweede deel van dit rapport is getracht een antwoord te geven op de vraag in hoeverre verschillen in gemeentelijke activiteit ten aanzien van de eerstelijns(gezondheids)zorg worden verklaard uit structurele of politieke kenmerken van die gemeenten. Daartoe is het in paragraaf 2.5 beschreven politieke systeemmodel gebruikt. In dit model worden de invloeden van kenmerken van de omgeving en het politieke systeem op het beleid gespecificeerd. De verantwoording van welke omgevings- en politieke kenmerken welke invloed op het beleid verwacht mag worden, vindt plaats in hoofdstuk 10.

In hoofdstuk 11 zijn verklarende factoren voor intergemeentelijke verschillen in beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg geanalyseerd volgens het in hoofdstuk 10 ontwikkelde conceptueel model. Drie componenten van het gemeentelijke beleid zijn daartoe aan een onderzoek onderworpen:

1. De mate waarin gemeenten een actief eerstelijnsbeleid voeren ten aanzien van samenwerking, afstemming van werkgebieden en patiëntenparticipatie;
2. De mate waarin gemeenten de vestigingsregeling aanwenden om een eerstelijnsbeleid te voeren;
3. De mate waarin gemeenten actief bezig zijn een eerstelijnsbeleid te ontwikkelen.

Verschillen in de eerste component blijken aanzienlijk beter te kunnen worden verklaard uit de gebruikte omgevings- en politieke kenmerken dan verschillen in de tweede en derde component (respectievelijk 37,5%, 8,4% en 12,0% verklaarde variantie). Verder blijken de omgevingskenmerken aanzienlijk meer variantie te verklaren dan de politieke kenmerken. Het grootste deel van die omgevingsinvloed is direct, dus zonder de interventie van de politiek. Indirecte omgevingsinvloeden (via de politiek) en onafhankelijke politieke invloeden zijn gering.

Gemeenten met een experimentstatus in het kader van de WVG en de KSW blijken gemiddeld genomen actiever (ten aanzien van samenwerking etcetera) dan andere gemeenten. Hetzelfde geldt voor gemeente die weinig intergemeentelijk samenwerken, gemeenten met een jonge leeftijdsopbouw en relatief veel huisartsen. Het percentage PvdA-raadsleden blijkt een positieve invloed te hebben op de gemeentelijke activiteit ten aanzien van samenwerking, afstemming van werkgebieden etcetera.

Tot slot is een mogelijk effect van gemeentelijk beleid nader geana-

lyseerd, te weten de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra. Een aanzienlijk deel (58%) van de variantie in de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra kon worden verklaard uit de gebruikte politieke, omgevings- en beleidskenmerken. Een deel van de variantie (10,5%) wordt echter verklaard uit de omgeving en de politiek zonder tussenkomst van het beleid. Hier is dus geen sprake van beleidseffect. Bovendien zijn er aanwijzingen voor terugkoppelingseffecten in de zin van een invloed van de aanwezigheid van gezondheidscentra op het beleid. Dan nog zijn er sterke aanwijzingen voor de aanwezigheid van beleidseffecten. Het zijn vooral de omgevingskenmerken die via het beleid doorwerken op de aan- of afwezigheid van gezondheidscentra.

LITERATUURLIJST

- BAKKER, D.H. DE, M.J.P. WULMS. Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg. Interimrapport; een verkenning van mogelijkheden en activiteiten. Utrecht: NIVEL, 1986
- Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985
- BOERMA, W. Verminderde groei van het aantal gezondheidscentra. Utrecht: NIVEL, 1987, conceptartikel
- BOTH, G., M. SCHRIJVER. Vestigingsregeling huisartsen moeizaam van start. In: De Nederlandse Gemeente, 2 oktober 1987, nummer 40, p. 822
- COMMISSIE, STRUCTUUR EN FINANCIERING GEZONDHEIDSZORG. Bereidheid tot verandering, 1987
- Conceptbesluit gebiedsindeling WVG/WZV. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1986
- DELNOY, D., Regionalisatie van de eerstelijnszorg. Utrecht: NIVEL, 1987, stageverslag
- DENTERS, S.A.H. Kwantitatief vergelijkende beleidsanalyse met betrekking tot subnationale overheden: een overzicht. Acta Politica 81/1, p.27-65
- DENTERS, S.A.H. Gemeentelijke taken. In: W. Derksen, A.F.A. Korsten (red.). Lokaal bestuur in Nederland, p. 114-30. Alphen aan de Rijn: SAMSON, 1985
- DERKSEN, W. Centrale sturing van lokale waarden. In: M.A.P. Bovens, W.J. Witteveen (red.). Het schip van staal. Beschouwingen over recht, staat en sturing. Zwolle: Tjeenk Willink, 1985
- DERKSEN, W., A.F.A. KORSTEN. Uniformiteit en pluriformiteit in het lokaal bestuur. In: W. Derksen, A.F.A. Korsten (red.). Lokaal bestuur in Nederland, p. 1-10. Alphen aan de Rijn: SAMSON, 1985
- DERKSEN, W. Macht en beleidsvorming. In: W. Derksen, A.F.A. Korsten (red.). Lokaal bestuur in Nederland, p. 199-214. Alphen aan de Rijn: SAMSON, 1985
- DERKSEN, W., J.A. VAN DER DRIFT, R. GIEBELS, C. TERBRACK. De bestuurskracht van kleine gemeenten; beleidsrapport. Leiden/Amsterdam: Onderzoekscentrum Sturing van de Samenleving/Stichting voor Economisch Onderzoek, 1987
- FRIED, R.C. Party politics and performance: the case of Dutch cities. In: Acta Politica 1980, p. 61-110

- GLASBERGEN, P., J.B.D. SIMONIS. Ruimtelijk beleid in de verzorgingsstaat. Amsterdam, 1979
- HAMERS, R.T.J., T.J.J.M.T. KERSTEN. De eerstelijns in Midden-Limburg. Utrecht: NIVEL, 1987
- HEY, P.R., J.H.M. VAN KESTEREN, W. VELDHEER, P.W. VOOGT, W. WIERTSEMA. Gedecentraliseerd welzijnsbeleid. Rijswijk: Stuurgroep Ontwikkelings Projecten, 1986
- HINGSTMAN, L. Eén jaar vestigingsbeleid voor huisartsen: wat zijn de effecten? In: Medisch Contact, 1987
- HOOGERWERF, A. (red.). Overheidsbeleid. Alphen aan de Rijn: SAMSOM, 1982
- HUISMAN, C.H. Het eerste jaar vestigingsbeleid voor huisartsen: een vergelijkend overzicht van de uitvoering van het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen door de gemeenten in Gelderland in 1986. Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor de provincie Gelderland, 1987
- JOINT. Reactie op de Nota Eerstelijnszorg.'s-Hertogenbosch: Joint, 1984
- JOINT. AMW-standpunten inzake wetsvoorstel WGM. 's-Hertogenbosch: Joint, 1985
- KESTEREN, J.H.M. VAN. Van planning naar beleid: verslag van een onderzoek naar veranderingen in de praktijk van de bestuurlijke experimenten specifiek welzijn. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1986
- LATHOUWERS, N. Maatschappelijk werk: gemeentelijk of rijksbeleid. De Nederlandse Gemeente 18, no. 29/30, p. 526-527
- LEMS, P. Vestigingsbeleid en pluriformiteit. In: Medisch Contact, nr. 19, 8 mei 1987, p. 587-588
- MADE, J. VAN DER, C. SAVELKOUL, N. LACKO. Verkiezingen en volksgezondheid. Conceptverkiezingsprogramma's CDA, VVD en PvdA doorgelicht. In: Medisch Contact nr. 20, 16 mei 1986 41, p. 627-633
- MUSKENS, G.J. Beeldende kunstenaarsregeling en gemeenten. Homogenisering van de decentrale beleidsruimte? In: A.F.A. Korsten, W. Derksen (red.). Uitvoering van overheidsbeleid. Gemeenten en ambtelijk bedrag belicht. Leiden: Stenfert Kroese, 1986
- Naar een sterkere eerstelijns? Deel 1: het overheidsbeleid. Utrecht: NIVEL, 1987
- NELISSEN, N.J.M. Gemeenten en milieubeseft. Wat doen gemeenten aan de bevordering van het milieubeseft? Nijmegen, 1972
- NICOLAÏ, P. Vestiging en overdracht van de huisartspraktijk. Van private zaak naar openbare aangelegenheid. In: Medisch Contact, nr. 33, 15 augustus 1986, p. 1038-1040

- Nota Eerstelijnszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18180, no. 1-2, 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
- Regeringsstandpunt commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1987
- ROELOFS, M. Behoorlijke beleidsruimte bij vestiging van huisartsen. In: De Nederlandse Gemeente, 4 september, 1987, nr. 36, p. 732-733
- ROEST, T., V. VELDHEER, H. DE GROOT, P. DEKKER, P. CASTENMILLER. Gemeente, burger, klant. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1987
- SALEMINK, G.W. Het wettelijk vestigingsbeleid en de positie van de huisartsen. Medisch Contact 40 (1985) 51/52, p. 1577-1578
- SCHRIJVER, M.F.T. Leidraad vestiging en praktijkomvang huisartsen. 's-Gravenhage: Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Groene Reeks, nr. 81, 1986
- SGBO. Uitvoering van de vestigingsregeling huisartsen: verslag van een enquête onder gemeenten. 's Gravenhage: VNG, 1987
- Structuurnota Gezondheidszorg, 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
- TOONEN, Th.A.J. Gemeenten en hogere overheden. In: W. Derksen, A.F.A. Korsten (red.). Lokaal bestuur in Nederland, p. 350-364. Alphen aan de Rijn: SAMSOM, 1985
- TOONEN, Th.A.J. Bestuurlijke reorganisatie door gemeentelijke samenwerking. In: W. Derksen, A.F.A. Korsten (red.). Lokaal bestuur in Nederland, p. 312-328. Alphen aan de Rijn: SAMSOM, 1985
- VELLEKOOP, J.W.M., W. DERKSEN. Uitvoering van het rijksmonumentenbeleid binnen de gemeenten. In: A.F.A. Korsten, W. Derksen (red.). Uitvoering van overheidsbeleid. Gemeenten en ambtelijk gedrag belicht. Leiden: Stenfert Kroese, 1986

- VENETIË, E. VAN, W. DERKSEN. De neutralisatie van politieke verschillen in de gemeentelijke beleidsuitvoering. In A.F.A. Korsten, W. Derksen (red.). Uitvoering van overheidsbeleid. Gemeenten en ambtelijk gedrag belicht. Leiden: Stefert Kroese, 1986
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE GEMEENTEN. Commentaar op het rapport van de Commissie Dekker "Bereidheid tot verandering". 's-Gravenhage, 1987
- Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 1982
- WULMS, M.J.P. De eerstelijns(gezondheids)zorg in gemeentelijke beleidsnota's: een analyse in het licht van het rijksoverheidsbeleid. Utrecht: NIVEL, 1987
- ZOMERDIJK, H. Gemeenten vragen meer bevoegdheid vestiging artsen en tandartsen. In: De Nederlandse Gemeente, 1984, nr. 43, p. 825-826
- ZOMERDIJK, H. VNZ: Vestigingsbeleid ook zaak ziekenfondsen. In: De Nederlandse Gemeente, 1984, nr. 47, p. 902-903

Bijlage A



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

drieharingstraat 27
postbus 1308
3500 bn utrecht
telefoon 030 319946

onderzoek

gemeentelijk beleid voor

de eerstelijnsgezondheidszorg

enquête voor gemeenten

inlichtingen:

D.H. de Bakker, M.J.P. Wulms, NIVEL, telefoon: 030 - 31 99 46

TOELICHTING

- Deze enquête bevat vragen naar gemeentelijke activiteiten op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg. Daartoe worden in elk geval de volgende disciplines gerekend:
 - de huisartsen
 - de wijkverpleging
 - het algemeen maatschappelijk werk
 - de gezinszorg
 - de tandarts
 - de apotheker
 - de verloskundige
 - de fysiotherapeut
- Intergemeentelijke samenwerkingsverbanden zullen eveneens worden benaderd met een enquête. U hoeft de enquête dus niet door te sturen naar het intergemeentelijk samenwerkingsverband als de invulling van bepaalde vragen dat noodzakelijk maakt. In zo'n geval kunt u volstaan met een verwijzing.
- De vragenlijst bestaat uit twee gedeelten. De eerste vier onderdelen gaan in op bestuurlijke thema's rond de eerste lijn. Daarna komt in een vijftal thema's de inhoudelijke kant van het gemeentelijk beleid voor de eerstelijns aan de orde.
- De meeste vragen zijn zodanig gesteld dat maar één van de omschreven antwoordcategorieën mogelijk is; die u dan kunt aankruisen. Waar dit niet zo is staat tussen haken aangegeven 'meerdere antwoorden mogelijk'.
- Mochten er onduidelijkheden in de enquête zitten dan kunt u zich tot ons wenden voor een toelichting. Ons telefoonnummer is 030-319946 (vragen naar D. de Bakker of P. Wulms).

U kunt de enquête retourneren, met de bijgevoegde antwoordenvolpette.

Wij danken u alvast voor uw medewerking.

Gemeente :

De enquête is ingevuld door:

Telefoon:

1. INTERGEMEENTELIJKE SAMENWERKING

1. In het kader van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR) wordt gestreefd naar bundeling van bestaande gemeenschappelijke regelingen. Daartoe is/wordt een gebiedsindeling totstand gebracht, die aangeeft binnen welke geografische eenheden gemeenten gemeenschappelijke regelingen mogen aangaan. In welk WGR-gebied neemt Uw gemeente deel en wat is de grootste gemeente binnen dat gebied?

naam WGR-gebied
grootste gemeente

2. Werkt de gemeente samen met andere gemeenten op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg en zo ja hoe verhoudt het gebied waarin samengewerkt wordt zich tot het nieuw gevormde WGR-gebied?

- er wordt niet met andere gemeenten samengewerkt op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg.
 - er wordt met gemeenten samengewerkt in een gebied dat globaal hetzelfde is als het WGR-gebied.
 - er wordt met gemeenten samengewerkt in een gebied dat kleiner is dan het huidige WGR-gebied, nl.
 - er wordt met gemeenten samengewerkt in een ander gebied, nl.
-

3. Op welke wijze(n) is de samenwerking op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg vormgegeven? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ambtelijk overleg
 - portefeuillehoudersoverleg
 - één gemeente verricht taken ten behoeve van alle anderen
 - de GG & GD DGD verricht taken ten behoeve van de samenwerkende gemeenten
 - een als aparte organisatie fungerend intergemeentelijk samenwerkingsverband verricht taken ten behoeve van de samenwerkende gemeenten (bijv. gewest, stadsgewest).
 - anders, nl.
-

4. Welke afspraken zijn tussen de gemeente en het samenwerkingsverband gemaakt met betrekking tot activiteiten op het gebied van de eerstelijnszorg.

de gemeente verricht alle werkzaamheden op dit terrein zelf

de gemeente doet alles zelf, intergemeentelijk vindt alleen afstemming en coördinatie plaats

de gemeente doet een duidelijk omschreven deel van de werkzaamheden zelf (bijvoorbeeld het vestigingsbeleid) nl.

het intergemeentelijk samenwerkingsverband verleent op aanvraag diensten aan de gemeenten

er zijn geen definitieve afspraken

11. PLANKOSTENVERGOEDING

In het kader van de invoering van de WVG kunnen gemeenten een aanvraag indienen bij het Rijk voor de zogenaamde plankostenvergoeding.

De onderstaande vragen gaan daar op in.

1. Heeft de gemeente zelfstandig een aanvraag voor plankostenvergoeding ingediend of is er sprake van een gezamenlijke aanvraag met andere gemeenten en zo ja hoeveel gemeenten?

zelfstandige aanvraag

gezamenlijke aanvraag, met ... andere gemeenten binnen het WGR-gebied en met ... gemeenten buiten het WGR-gebied

tot op heden is er geen aanvraag ingediend —————> door naar III

2. Is de (zelfstandige of gezamenlijke aanvraag) gehonoreerd ?

ja

gedeeltelijk

nee

3. Indien een gezamenlijke aanvraag werd gehonoreerd kwamen de financiële middelen dan geheel ten goede aan het eventueel als aparte organisatie functionerend samenwerkingsverband (samenwerkingsorgaan) of was er sprake van een verdeelsleutel?

samenwerkingsorgaan beschikt geheel over de verkregen financiële middelen

de financiële middelen worden verdeeld tussen gemeenten onderling

de financiële middelen worden verdeeld tussen enerzijds de gemeenten onderling en anderzijds het samenwerkingsorgaan

overig, nl.

4. Indien de gemeente beschikt over (een deel van) de plankostenvergoeding, hoeveel procent wordt daarvan besteed aan de financiering van het ambtelijk apparaat?

.....%

5. Indien de gemeente beschikt over (een deel van) de plankostenvergoeding, in hoeverre heeft hiervan een uitbreiding plaatsgevonden van het ambtelijk apparaat in volledig bezette arbeidsplaatsen

een uitbreiding vanarbeidsplaatsen

geen uitbreiding

III. AMBTELIJK APPARAAT

1. Wilt U hieronder de afdelingen noemen die zich bezig houden met gezondheidszorg c.q. aanverwante terreinen (dit kan bijvoorbeeld een bureau welzijnszaken zijn met secties voor maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg) en geef per afdeling aan hoeveel ambtenaren er werken in volledig bezette arbeidplaatsen (bijvoorbeeld 1 ambtenaar voor 4 dagen werkzaam = 0,8).

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Hieronder noemen we een aantal mogelijke specifieke taakgebieden op het gebied van de eerstelijns. Geef aan of ambtenaren belast zijn met deze taken en zo ja, druk dan de werkbelasting uit in full-time equivalenten (f.t.e.)

Voorbeelden: - 1 ambtenaar full-time aangesteld voor 10% van zijn tijd belast met één bepaalde taak = 0,1 f.t.e.
- 2 ambtenaren beide voor 4 dagen per week aangesteld en voor 50% van hun tijd belast met dezelfde taak = 0,8 f.t.e.

0 vestigingsbeleid .. f.t.e.
0 voorbereidingswerkzaamheden in het kader van de WVG/WGM .. f.t.e.
0 eerstelijnsgezondheidszorg .. f.t.e.
0 maatschappelijke dienstverlening .. f.t.e.
0 andere taakgebieden, nl.: f.t.e.

2. Wordt in één van de door de gemeente uitgebrachte nota's een beschrijving gegeven van omvang/aantal el(g)z voorzieningen, met andere woorden zijn de aanwezige voorzieningen geïnventariseerd?

ja

nee

3. Wordt in één van de door de gemeente uitgebrachte nota's aandacht besteed aan de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) c.q. de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM)?

ja

nee

Zo ja, wordt daarbij dan aangegeven welke taken/bevoegdheden gemeenten in het kader hiervan zullen krijgen?

ja

nee

V. BELEIDSUITGANGSPUNTEN

1. In hoeverre onderschrijft de gemeente de volgende beleidsuitgangspunten?

	wel	niet	geen standpunt
- de el(g)z dient te worden versterkt	0	0	0
- de gemeente dient een actieve rol te spelen bij de versterking van de el(g)z	0	0	0
- de spreiding van de el(g)z -voorzieningen over de gemeente dient beter in overeenstemming te zijn met de behoeften	0	0	0
- de gemeente moet een betere spreiding van el(g)z voorzieningen over de gemeente bevorderen	0	0	0
- hulpverleners uit de verschillende el(g)z disciplines moeten meer met elkaar samenwerken	0	0	0
- de gemeente moet een betere samenwerking tussen hulpverleners uit de verschillende el(g)z disciplines stimuleren	0	0	0
- de doelpopulaties/werkgebieden van de hulpverleners uit de verschillende el(g)z disciplines dienen beter op elkaar te worden afgestemd	0	0	0
- de gemeente moet een betere afstemming van werkgebieden/doelpopulaties van de hulpverleners van de el(g)z disciplines bevorderen	0	0	0
- de gebruiker van el(g)z voorzieningen dient meer betrokken bij het beleid en het functioneren	0	0	0
- de gemeente moet een grotere betrokkenheid van gebruikers bij het beleid en het functioneren van de el(g)z bevorderen	0	0	0

VI. VESTIGINGSBELEID

1. Per 1 februari 1986 is het 'Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen van kracht' (Vestigingsbesluit). Vanaf die datum mag een huisarts zich alleen in uw gemeente vestigen als burgemeester en wethouders daartoe een vergunning hebben verleend. Gemeenten kunnen de bevoegdheden rond de vergunningverlening zelfstandig uitoefenen of in samenwerking met andere gemeenten, met die vallen in hetzelfde WGR gebied. Voor welke van onderstaande opties heeft uw gemeente gekozen?

- gemeente voert het Vestigingsbesluit zelfstandig uit
- gemeente voert het Vestigingsbesluit in samenwerking met alle andere gemeenten in het WGR gebied uit
- gemeente voert het Vestigingsbesluit uit met een deel van de binnen het WGR gebied vallende gemeenten, namelijk
-
-
-
- onbekend



2. Om het Vestigingsbesluit te kunnen uitvoeren is informatie nodig over de aantallen patiënten per huisarts. De huisartsen zijn verplicht eenmaal per jaar opgave te doen van de omvang van hun praktijk. In hoeverre is in uw gemeente de benodigde informatie reeds verzameld?

- er heeft nog geen informatieverzameling plaatsgevonden → vraag 6
- informatie is binnen over praktijkomvang van ..van de in totaal ..huisartsen in de gemeente
- van het ziekenfonds is informatie ontvangen over het aantal ziekenfondspatiënten per huisarts



3. Zijn er volgens de opgaven van de huisartsen praktijken met minder patiënten dan de voorgeschreven minimumomvang (800 patiënten), dan wel praktijken met meer patiënten dan de voorgeschreven maximum-omvang (2750 patiënten)?

- geen huisartsen met praktijken boven de maximum of beneden de minimumnorm
- ... (aantal) praktijken beneden de minimum-norm en ... (aantal) praktijken boven de maximum-norm



4. Zijn er in uw gemeente huisartsen die te kennen hebben gegeven dat zij streven naar een praktijkomvang kleiner dan de normpraktijk (250 patiënten)?

nee

ja, ... huisartsen

5. Heeft de burgemeester en wethouders krachtens artikel 3 van het Vestigingsbesluit toestemming gegeven aan huisartsen om (tijdelijk) een praktijkomvang kleiner dan 800 personen aan te houden, dan wel wegens bijzondere plaatselijke omstandigheden een praktijkomvang te hanteren, die uitgaat boven het maximum van 2750?

nee

ja, toestemming voor ... huisartsen om minder dan het minimum te hebben en voor ... huisartsen om meer dan het maximum te hebben.

6. Is er volgens de in het Vestigingsbesluit beschreven normen op dit moment ruimte voor vestiging van een of meer huisartsen in uw gemeente of juist een overschot?

nee

ruimte voor ...huisartsen

overschot van ...huisartsen

7. Zijn er vanaf het moment van inwerkingstreding van het vestigingsbesluit door burgemeester en wethouders vergunningen voor vestiging verleend en zo ja hoeveel en op grond waarvan?

nee, geen vergunningen verleend

ja, ... vergunningen verleend op grond van de toegestane capaciteit

ja, ... vergunningen verleend omdat door het wegvallen van een huisarts een onevenwichtige spreiding dreigt te ontstaan

ja, ... vergunningen verleend omdat de samenstelling van de bevolking daartoe noopt (door de aanwezigheid van bevolkingsgroepen die een meer dan gemiddeld beroep doen op de huisarts)

ja, ... vergunningen verleend omdat

8. Heeft de gemeente een beleidskader ontwikkeld waarin de volgende doelstellingen worden genoemd die met behulp van het vestigingsbeleid zouden moeten worden gerealiseerd?

geen beleidskader vraag 10

doelstellingen met betrekking tot spreiding

doelstellingen met betrekking tot de praktijkomvang

doelstellingen met betrekking tot de afstemming van werkgebieden

doelstellingen met betrekking tot samenwerking met andere hulpverleners

doelstellingen met betrekking tot de waarneemregeling

doelstellingen met betrekking tot doorverwijzing

doelstellingen met betrekking tot beoefenaars van alternatieve geneeswijzen

doelstellingen met betrekking tot de levensbeschouwing van de te vestigen huisartsen

streven naar meer vrouwelijke huisartsen

andere doelstellingen, nl.

9. Heeft de gemeente over het in vraag 8 genoemde beleidskader overleg gevoerd met de vestigingscommissie?

wel overleg

geen overleg

10. Wordt bij de selectie voor vergunningafgifte een wachtlijst gehanteerd of wordt een sollicitatieprocedure gevolgd?

wachtlijst

sollicitatieprocedure

11. Wordt naast of voor de in het vestigingsbesluit onderschreven procedure de LHV-procedure bij vervulling van een vacature voor een huisarts gevolgd?

ja

nee

12. Maakt de vestigingscommissie bij de vervulling van een van een huisarts vacature een profielschets van de aan te trekken huisarts?

ja

nee → naar VII

13. Zijn/worden personen/groepen van buiten de commissie betrokken bij het maken van een profielschets en zo ja, welke personen/groepen?

nee

ja, andere hulpverleners, nl.

ja, bevolkings-/patiëntengroepen, nl.

VII SAMENWERKING

1. Kunt u hieronder aangeven of de volgende multi-disciplinaire overleg- en samenwerkingsvormen (d.w.z. tussen hulpverleners van verschillende disciplines) in uw gemeente voorkomen?

	wel aanwezig	niet aanwezig	onbekend
<input type="checkbox"/> gezondheidscentra	0	0	0
<input type="checkbox"/> home-teams (gestructureerde samenwerking tussen hulpverleners, die niet gezamenlijk gehuisvest zijn)	0	0	0
<input type="checkbox"/> periodiek overleg tussen hulpverleners in de eerstelijns in groter verband (bijvoorbeeld de hele gemeente)	0	0	0

2. Zijn er nog andere multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in uw gemeente behalve bovengenoemde?

- ja
 nee
 onbekend
-

3. Heeft de gemeente een voorkeur, voor één bepaalde vorm van multidisciplinaire samenwerking of overleg en zo ja welke?

- geen voorkeur (nog geen standpunt ingenomen)
 gezondheidscentra
 home-teams
 breed periodiek eerstelijns-overleg
 een andere vorm, namelijk
-

4. Indien de gemeente de totstandkoming van multidisciplinaire samenwerking of overleg heeft bevorderd, om welke vormen ging dat dan? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- gezondheidscentra
- home-teams
- breed periodiek eerstelijnsoverleg
- een andere vorm namelijk

5. Welke vormen van reeds bestaande multidisciplinaire samenwerkingsverbanden of overlegstructuren worden door de gemeente ondersteund? (meerdere antwoorden mogelijk)

- gemeente ondersteunt niet
- gezondheidscentra
- home-teams
- breed periodiek eerstelijnsoverleg
- een andere vorm, namelijk

6. Indien de gemeente de totstandkoming van multidisciplinaire samenwerking of overleg heeft gestimuleerd c.q. reeds bestaande vormen heeft ondersteund, welke instrumenten zijn daarbij dan gebruikt? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- niet van toepassing
- een eenmalige startsubsidie
- een subsidie ter (gedeeltelijke) dekking van de aanloopkosten
- subsidie voor onbepaalde duur
- totale dekking van tekorten
- een garantstelling voor of een verstrekking van een lening
- ter beschikkingstellen van ruimte voor overleg/vergadering
- verhuren van ruimte voor overleg/vergadering
- reserveren van ruimte/panden in bestemmingsplannen
- het voeren van overleg met de verschillende betrokken hulpverleners en instellingen
- het bieden van ambtelijke ondersteuning bijvoorbeeld op het organisatorische en juridische vlak
- andere instrumenten, namelijk

7. Heeft de gemeente het voornemen om door te gaan met het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking, dan wel daarmee een start te maken?

ja

nee

de gemeente heeft dit nog niet overwogen

VII AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN

De rijksoverheid wil samenwerking bevorderen tussen de huisartsen, de wijkverpleging, de gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk (de zogenaamde 'kerndisciplines'). Een belangrijke hindernis voor meer samenwerking is het gebrek aan afstemming van werkgebieden tussen deze disciplines. Twee niveaus worden daarbij onderscheiden:

- het 'directieniveau': de grenzen van de werkgebieden van de instellingen voor gezinszorg en maatschappelijk werk, de plaatselijke kruisvereniging en het rayon van de Plaatselijke of Regionale Huisartsen Vereniging vallen niet altijd samen. Ook komt het voor dat er meerdere instellingen voor gezinszorg of maatschappelijk werk in één gemeente opereren. Deze zaken bemoeilijken coördinatie en overleg tussen de instellingen. Bovendien bemoeilijkt het de aanspreekbaarheid naar buiten toe (bijvoorbeeld naar de gemeente).
- het 'hulpverlenersniveau': vooral in de steden hebben huisartsen hun patiënten vaak over een groot gebied verspreid, terwijl wijkverpleegkundigen hun patiënten geconcentreerd hebben in een bepaalde buurt en ook gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk vaak ook in wijken werken. Dit betekent dat huisartsen contacten moeten onderhouden met grote aantallen hulpverleners uit andere disciplines en andersom dat hulpverleners uit de andere disciplines te maken hebben met een groot aantal huisartsen. Dit bemoeilijkt elke vorm van gestructureerd overleg tussen de hulpverleners uit de verschillende disciplines.

Over beide typen afstemming willen wij u een paar vragen stellen.

1. Kunt u in onderstaand schema aangeven hoe de werkgebieden van de instellingen/verenigingen zich tot uw gemeente verhouden?

	aantal in uw gemeente werkzame instellingen/verenigingen	opereert alleen* in uw gemeente	opereert in* meer gemeenten
-Plaatselijke of Regionale Kruisvereniging(en)	..	ja/nee	ja/nee
-Instelling(en) algemeen maatschappelijk werk	..	ja/nee	ja/nee
-Instelling(en) voor gezinszorg	..	ja/nee	ja/nee

* doorhalen wat niet van toepassing is

2. Ervaart uw gemeente de huidige organisatie van werkgebieden zoals hierboven aangegeven als een probleem en zo ja, waarom?

geen probleem → vraag 4

wel probleem, omdat

3. Probeert de gemeente verbetering in de situatie te brengen en zo ja, hoe?

nee

ja, door

4. Heeft de gemeente een idee hoe het gesteld is met de mate van afstemming van werkgebieden op hulpverlenersniveau?

goed

matig

slecht

geen idee

5. Bereiken de gemeenten signalen dat in het veld een eventueel gebrek aan afstemming van werkgebieden op hulpverlenersniveau als probleem wordt ervaren en wordt een gebrek aan afstemming door de gemeente als probleem ervaren?

nee

signalen uit het veld dat het als probleem wordt ervaren

door de gemeente als probleem ervaren

door het veld en de gemeenten als probleem ervaren

6. Heeft de gemeente activiteiten ondernomen om tot een betere afstemming te komen of bij activiteiten op dat vlak betrokken geweest?

nee → vraag 7

ja

Zo ja, kunt dan de volgende vragen beknopt beantwoorden?

Wie was de initiatiefnemer?

Wat is de aard van de betrokkenheid van de gemeente?
.....
.....

Welke disciplines waren erbij betrokken?

huisartsen

wijkverpleging

algemeen maatschappelijk werk

gezinszorg

Ging het om een project in de hele gemeente of in een deel?

hele gemeente

deel van de gemeente, nl.
.....

Kunt u kort de gevolgde procedure beschrijven?

.....
.....

Kunt u aangeven voor welke van de volgende oplossingen is gekozen?

huisartsen meer buurtgericht laten werken

wijkverpleegkundigen laten werken voor de praktijkpopulatie van een huisarts

mengvorm, nl.

anders, nl.

Indien is geprobeerd huisartsen meer buurtgericht te laten werken, welke methode is dan daarbij gevolgd.

- niet van toepassing
- huisartsen afspraken laten maken om buiten een bepaald gebied geen patiënten aan te nemen
- patiëntenruil
- anders, nl.

In hoeverre is de poging om tot een betere afstemming te komen geslaagd?

- geheel —> vraag 7
- gedeeltelijk
- niet

Wat zijn de oorzaken van het niet (geheel) slagen van de poging om een betere afstemming te verkrijgen?

- huisartsen wilden niet buurtgericht gaan werken
- wijkverpleegkundigen wilden niet praktijkgericht gaan werken
- andere oorzaken:
-

7. Heeft de gemeente nog voornemens om activiteiten op het gebied van afstemming van werkgebieden te ontplooiën?

- nee
- ja, namelijk

8. Mag volgens de gemeente de vrijheid van artsenkeuze worden beperkt om een betere afstemming te bewerkstelligen?

- nee
 - ja, keuze mag beperkt worden tot ... huisartsen
-

VIII PATIËNTENPARTICIPATIE EN VRIJWILLIGERSWERK

1. Functioneren er binnen uw gemeente enigerlei vorm van patiënten organisaties en zo ja, welke vormen? Geef tevens aan of ze door de gemeente financieel ondersteund worden?

	financieel ondersteund door gemeente
<input type="checkbox"/> er functioneren geen patiëntenorganisaties	
<input type="checkbox"/> algemene patiëntenvereniging(en)/organisatie(s)	0
<input type="checkbox"/> specifieke/categorale patiëntenvereniging/organisatie(s)	0
<input type="checkbox"/> gebruikers/patiënten vereniging(en)organisatie(s) rondom een samenwerkingsverband bijvoorbeeld een gezondheidscentrum	0
<input type="checkbox"/> andere vormen namelijk	0
<input type="checkbox"/> de gemeente is dit niet bekend	0

2. Staat de gemeente op het standpunt dat patiënten/gebruikers (organisaties) een adviserende rol moeten hebben bij de formulering van gemeentelijk gezondheidszorgbeleid en/of een medebeslissingsrecht moeten hebben bij de vaststelling van het beleid

- ja, namelijk:
- adviserende rol
 - medebeslissingsrecht
- nee
- de gemeente heeft hierover geen standpunt
-

3. Functioneren er binnen uw gemeente enigerlei vormen van georganiseerd vrijwilligerswerk in de eerste lijn zo ja functioneren deze dan rond professionele kaders? Geef tevens aan of ze door de gemeente financieel ondersteund worden

	financieel ondersteund door gemeente
<input type="checkbox"/> er functioneert geen georganiseerd vrijwilligers werk	
<input type="checkbox"/> rondom het kruiswerk is er sprake van georganiseerd vrijwilligerswerk	0
<input type="checkbox"/> rondom de gezinsverzorging is er sprake van georganiseerd vrijwilligerswerk	0
<input type="checkbox"/> rondom het maatschappelijk werk is er sprake van georganiseerd vrijwilligerswerk	0
<input type="checkbox"/> een andere vorm van georganiseerd vrijwilligerswerk, namelijk	0
<input type="checkbox"/> de gemeente is dit niet bekend	0

4. Staat de gemeente op het standpunt dat het georganiseerd vrijwilligerswerk (meer) tot ontwikkeling gebracht moet worden ter verlichting van de professionele eerste- en tweedelijnszorg en zo ja, dient de gemeente dit dan te stimuleren of ligt hier uitsluitend een taak bij de professionele kaders (kruiswerk, gezinsverzorging, maatschappelijk werk)?

ja, stimulering door:

gemeente

professionele kaders

beide

nee

de gemeente heeft hierover geen standpunt

IX RELATIE MET HET VELD

1. Onderhoudt de gemeente afzonderlijke contacten met de volgende beroepsgroepen/instellingen?

	nooit	zelden	onregelmatig	geregeld
huisartsen	0	0	0	0
wijkverpleging	0	0	0	0
gezinszorg	0	0	0	0
maatschappelijk werk	0	0	0	0
fysiotherapeuten	0	0	0	0
tandartsen	0	0	0	0
verloskundigen	0	0	0	0
apotheker	0	0	0	0

2. Heeft de gemeente behoefte aan (een frequenter) contact met een of meer van bovenstaande disciplines?

0 nee → vraag 4

0 ja, met

.....

.....

3. Welke factoren staan (een frequenter) contact in de weg?

.....

.....

.....

4. Hoe waardeert u de contacten met de volgende beroepsgroepen/instellingen?

	goed	matig	slecht	contact ontbreekt
huisartsen	0	0	0	0
wijkverpleging	0	0	0	0
gezinszorg	0	0	0	0
algemeen maatschappelijk werk	0	0	0	0
fysiotherapeuten	0	0	0	0
tandartsen	0	0	0	0
verloskundigen	0	0	0	0
apothekers	0	0	0	0

Bijlage B: De berekening van betrouwbaarheidsintervallen

In het rapport worden gemiddelden en percentages steeds per stratum gepresenteerd. Aangezien we te maken hebben met een (gestratificeerde) steekproef en ook de respons niet volledig is, zijn de verkregen gemiddelden en percentages niet voor 100 % betrouwbaar. We kunnen wel aangeven binnen welke marges de werkelijke percentages en gemiddelden zullen liggen. Er kan worden gezegd dat in **95%** van de gevallen het gemiddelde of het percentage in de populatie (dat wil zeggen alle gemeenten in het betreffende stratum) binnen de grenzen van de hiertoe berekende **betrouwbaarheidsintervallen** zal liggen. Het betrouwbaarheidsinterval van een **gemiddelde** kan op eenvoudige wijze worden berekend met behulp van de **standaardafwijking**. Per stratum kan op de volgende wijze het betrouwbaarheidsinterval worden vastgesteld:

stratum	inwonertal	betrouwbaarheidsinterval
1	10.000 en minder	gemiddelde \pm 0.22 standaardafwijking
2	10.000 t/m 20.000	gemiddelde \pm 0.20 standaardafwijking
3	meer dan 20.000	gemiddelde \pm 0.08 standaardafwijking

De betrouwbaarheidsintervallen van een percentage kunnen voor een aantal percentages worden afgelezen uit de volgende tabel. Betrouwbaarheidsintervallen voor percentages op totalen van elk stratum.

stratum

	10.000 en minder	10.000 t/m 20.000 inw.	meer dan 20.000 inw.
percentage			
5 of 95	2.3	2.2	0.9
10 of 90	3.2	3.0	1.2
15 of 85	3.8	3.6	1.5
20 of 80	4.3	4.1	1.6
25 of 75	4.7	4.4	1.8
30 of 70	4.9	4.7	1.9
35 of 65	5.1	4.8	1.9
40 of 60	5.3	5.0	2.0
45 of 55	5.4	5.0	2.0
50	5.4	5.1	2.0

Toelichting: De grenzen van het betrouwbaarheidsinterval worden gevonden door de in de tabel vermelde waarden op te tellen respectievelijk af te trekken van het in de eerste kolom vermelde percentage. Vindt men bijvoorbeeld in een tabel dat 25% van de gemeenten met minder dan 10 000 inwoners een vestigingsvergunning hebben verleend, dan zal het werkelijke percentage met een betrouwbaarheid van 95% liggen tussen 20.3 en 29.7%.

Bijlage C: Ontwikkeling van indicatoren, voor de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen per gemeente.

Aan Hamers en Kersten (1987, pag. 45) zijn een aantal vraagkenmerken ontleend waarvan bekend is dat zij de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen beïnvloeden. Deze zijn in tabel C-1 weergegeven met hun bron en de mate waarin zij beschikbaar zijn per gemeente.

Tabel C-1: De gebruikte variabelen en hun beschikbaarheid

variabele	bron	maand/ jaar	beschikbaarheid per gemeente
% van de bevolking, 65 jr. e.o.	CBS	1/86	alle
% van de bevolking, 0-4 jr.	CBS	1/86	alle
gestandaardiseerd sterftecijfer	CBS	85	alle
gescheidenen per 1 000 gehuwden	CBS	84	alle
% buitenlanders	CBS	1/85	25 buitenlanders
% werklozen	CBS	10/86	25 000 inwoners
% ziekenfondsverzekerden	LISZ	84	2 huisartsen
opnames per 10 000 verzekerden	LISZ	84	2 huisartsen
verpleegdagen per 10 000 verzekerden	LISZ	84	2 huisartsen

We zien dat de genoemde kenmerken niet voor alle gemeenten beschikbaar zijn. Besloten is daarom de analyse te beperken tot gemeenten waarvan alle gegevens beschikbaar zijn. In feite komt dit erop neer, dat de analyse is uitgevoerd met de 127 Nederlandse gemeenten die meer dan 25 000 inwoners hebben. Op deze variabelen is een factoranalyse uitgevoerd met een varimax-rotatie. Drie factoren bleken een eigenwaarde te hebben, die boven de 1 lag. Tesamen verklaarden de drie factoren 72.8 % van de variantie. De ladingen van de gebruikte variabelen op de drie factoren zijn in tabel C-2 afgebeeld.

De eerste factor kan worden gezien als een factor die gemeenten met een jonge leeftijdsopbouw onderscheidt van gemeenten met een relatief oude bevolking ('**demografische factor**'). Dit laatste komt ook naar voren uit het hoge opnamecijfer en het aantal verpleegdagen. Het komt niet naar voren uit het sterftecijfer dat immers is ge-

Tabel C-2: de ladingen van de variabelen op de drie factoren

	factor 1	factor 2	factor 3
% 65 jaar	.85548		
% 0-4 jaar	-.84229		
gest. sterfte		.73197	
% echtscheidingen			.89998
% buitenlanders			.73831
% werklozen		.71023	.46995
% ziekenfondsverzekerden		.89082	
opnames	.66970		
verpleegdagen	.86279		
% verklaarde variantie	37.6	21.7	13.5

N.B. Ladingen lager dan .35 zijn buiten beschouwing gelaten.

standaardiseerd voor de leeftijdsopbouw.

Het werkloosheidspercentage, het percentage ziekenfondsverzekerden en het gestandaardiseerde sterftecijfer laden hoog op de tweede factor. We interpreteren deze als een '**sociale factor**'. Zij onderscheidt gemeenten met een hoog percentage van de bevolking in de lagere sociale strata van gemeenten met een laag aandeel van deze groepen.

De derde factor, die het hoogst laadt op de variabelen percentage buitenlanders en promillage van echtgescheidenen interpreteren we als een '**culturele factor**'. Gemeenten met de kenmerken van een wat we zullen noemen 'stedelijke cultuur' worden ermee onderscheiden van gemeenten die deze kenmerken niet of minder vertonen. Het werkloosheidspercentage, het opnamecijfer en het aantal verpleegdagen laden ook nog op deze factor.

Tabel C-3: correlaties tussen de drie factoren en de bevolkingsomvang en de bevolkingsgroei (1980-1986) van de gemeente

	demografische factor	sociale factor	culturele factor
bevolkingsomvang	.24	.15	.55
bevolkingsgroei	-.45	-.16	.01

Per gemeente zijn de factorscores op de drie onderscheiden factoren berekend. Vervolgens kan de correlatie van de drie factoren met de andere twee vraagkenmerken worden berekend (zie tabel C-3). Zoals verwacht hangt de culturele factor het sterkst samen met de bevolkingsomvang en de demografische factor (negatief) met de bevolkingsgroei.

Bekijken we de gemiddelde factorscores per provincie (tabel C-4) dan vinden we opmerkelijke interregionale verschillen. Op de demografische factor scoren vooral Utrecht en Zeeland hoog en zitten ook Gelderland, Noord-Holland en Limburg boven het gemiddelde. Flevoland scoort, niet verrassend, verreweg het laagst. Op de sociale factor scoren de gemeenten in de westelijke provincies het laagst. Noord-Brabant en Gelderland nemen een tussenpositie in. In het noorden en Limburg zijn de lagere sociale strata duidelijk het meest oververtegenwoordigd in gemeenten met meer dan 25 000 inwoners.

De culturele factor scoort, als verwacht, het hoogst in de westelijke provincies. De hoge score van Flevoland wordt veroorzaakt door Lelystad en Almere als satellietsteden van Amsterdam, Friesland en Drenthe scoren duidelijk het laagst op deze factor, hetgeen evenmin verrassend is.

Tabel C-4: gemiddelde factorscores per provincie

	demografische factor		sociale factor		culturele factor	
	gem.	s.d.	gem.	s.d.	gem.	s.d.
provincie						
Groningen	-.07	.24	.83	.23	.49	.80
Friesland	-.10	.41	.52	.56	-1.11	.95
Drenthe	-.34	.11	1.14	.97	-.94	.74
Overijssel	-.14	.51	.87	.62	-.60	.96
Gelderland	.29	.90	.11	.81	-.22	.99
Utrecht	.43	1.25	-1.05	1.03	.22	.71
Noord-Holland	.29	1.46	-.78	.90	.52	1.06
Zuid-Holland	-.16	1.18	-.52	.77	.25	.99
Zeeland	.36	.33	-.64	.29	-.06	.47
Noord-Brabant	-.27	.52	.28	.56	.07	.47
Limburg	.27	.43	1.19	.41	.12	.68
Flevoland	-1.90	1.61	-.86	.86	1.10	1.66
TOTAAL	-.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00

Bijlage D: Correlaties tussen omgevingskenmerken, politieke kenmerken en beleidskenmerken onderling

Omgevingskenmerken:

BEV1186	bevolking 1.1.86
GRDEIPC	% bevolkingsgroei 1980-1986
FCTDEM	demografische factor
FCTSOC	sociale factor
FCTCUL	culturele factor
AANWGC	gezondheidscentrum aanwezig
HAD	huisartsen per 10.000 inw.
EXP	experimenstatus
INTGEM	intergemeentelijke samenwerking
ZELFST	mate van zelfstandigheid
AMELGZ	aantal ambtenaren elgz

Politieke kenmerken

PWETH	partij wethouder
PPVDA	pct.PvdA-raadsleden
PCDA	pct. CDA-raadsleden

Beleidskenmerken

NOTAS	wel of geen eerstelijnsnotas
CONTACT	aantal kerndisciplines waarmee contact
DOEL	aantal onderschreven doelstellingen
KADER	beleidskader
STRUC	al of geen structuurdoelstellingen
DOELVRW	streven naar meer vrouwelijke huisartsen
STEUGEZ	steun gezondheidscentra
STEUNA	steun andere vormen
FINSTEU	financiële steun samenwerking
WERKVER	probeert werkgeb.org. te verbeteren
DOELAKT	aktiviteiten mbt afst.doelpop.
FINPAT	fin steun pat.organisaties
FINVRW	fin.steun vrijw.organisaties

	BEV1186	GRDE1PC	FCTDEM	FCTSOC	FCTCUL	ANWNGC	HAD	EXP	INTGEN	ZELFST	AMEL6Z
BEV1186	1.0000	-.0548	.2376*	.1479	.5133**	.4009**	.2302*	.2703*	-.2332*	.1860	.4427**
GRDE1PC	-.0548	1.0000	-.4786**	-.1535	.2130	.1981	.1159	.1531	-.1456	.0619	.1915
FCTDEM	.2376*	-.4786**	1.0000	.1008	-.0245	-.1569	.2234	.1345	-.0835	.2694*	.0698
FCTSOC	.1479	-.1535	.1008	1.0000	.0409	.0565	.2100	.2428*	.3023*	-.0716	.1361
FCTCUL	.5133**	.2130	-.0245	.0409	1.0000	.4906**	.3091**	.3616**	-.2399*	.1756	.4394**
ANWNGC	.4009**	.1981	-.1569	.0565	.4906**	1.0000	.2756*	.2946*	-.1994	.0277	.3205*
HAD	.2302*	.1159	.2234	.2100	.3091**	.2756*	1.0000	.1820	-.0789	.0253	.1476
EXP	.2703*	.1531	.1345	.2428*	.3616**	.2946*	.1820	1.0000	.0666	1.0000	-.2266
INTGEN	-.2332*	-.1456	-.0835	.3023*	-.2399*	-.1994	-.0789	.0666	1.0000	-.4368**	-.2266
ZELFST	.1860	.0619	.2694*	-.0716	.1756	.0277	.0253	.1939	-.4368**	1.0000	-.2736*
AMEL6Z	.4427**	.1915	.0698	.1361	.4394**	.3205*	.1476	.2073	-.2266	-.2736*	1.0000

Minimum pairwise N of cases: 82 I-tailed Signif: * - .01 ** - .001

Correlations: PWETH PPVDA FODA

PWETH	1.0000	.1015	.0618
PPVDA	.1015	1.0000	-.5229**
FODA	.0618	-.5229**	1.0000

Minimum pairwise N of cases: 102 I-tailed Signif: * - .01 ** - .001

	NOTAS	CONTACT	DOEL	KADER	STRUC	DOELVRW	STEUGE2	STEUWA	FINSTEU	WERKVER	DOELAKT
NOTAS	1.0000	.0217	.3502**	.2295	.2019	.1121	.1943	.1405	.2108	.0321	.2200
CONTACT	.0217	1.0000	.0769	-.0134	.1703	.1784	.2713*	.3267**	.3807**	.1890	.1109
DOEL	.3502**	.0769	1.0000	.1565	.2882*	.2674*	.1521	.1912	.3483**	.1330	.1637
KADER	.2095	-.0134	.1565	1.0000	.6518**	.5311**	.1165	.1620	.1789	-.0340	.0255
STRUC	.2019	.1703	.2882*	.6518**	1.0000	.5886**	.1826	.1123	.2110	.0166	.0574
DOELVRW	.1121	.1784	.2674*	.5311**	.5886**	1.0000	.0224	.2101	.1033	.2560*	.1634
STEUGE2	.1943	.2713*	.1521	.1165	.1826	.0224	1.0000	.2332*	.6962**	.2408*	.2592*
STEUWA	.1405	.3269**	.1912	.1620	.1123	.2101	.2332*	1.0000	.2560*	.1570	.1634
FINSTEU	.2108	.3807**	.3483**	.1789	.2110	.1033	.6962**	.2560*	1.0000	.3065**	.2635*
WERKVER	.0321	.1890	.1330	-.0340	.0166	.2560*	.2408*	.1570	.3065**	1.0000	.2635*
DOELAKT	.2200	.1109	.1637	.0255	.0574	.1634	.2592*	.1634	.2635*	.2635*	1.0000
FINPAT	.2278	.1551	.1648	.0065	.0146	.0022	.3492**	.1775	.2408*	.1042	.2119
FINVRW	.0500	.0161	.1105	.0304	.0456	-.0730	-.0861	-.1153	-.0055	.0121	.1257

Minimum pairwise N of cases: 102 -1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

Correlations: FINPAT FINVRW

NOTAS	.2278	-.0500
CONTACT	.1551	.0161
DOEL	.1648	.1105
KADER	.0065	.0304
STRUC	.0146	.0456
DOELVRW	.0022	-.0730
STEUGE2	.3492**	-.0861
STEUWA	.1775	-.1153
FINSTEU	.2408*	-.0055
WERKVER	.1042	.0121
DOELAKT	.2119	.1257
FINPAT	1.0000	-.1040
FINVRW	-.1040	1.0000

Minimum pairwise N of cases: 102

-1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

