STUDIES NAAR SAMENWERKING 2

gezondheidscentra
en
ruimtelijke ordening

de invloed van het beleid van de gemeente, van de plaatselijke huisartsen vereniging en de ziekenfondsen bij de totstandkoming van gezondheidscentra

december 1981
m.a.a. swinkels

nederlands huisartsen instituut - postbus 2570 - 3500 GN utrecht - tel: 030 31 99 46

I N H O U D

	Blz.
1. INLEIDING	3
2. SAMENVATTING	7
3. ONDERZOEKSMETHODEN	13
3.1. De gebruikte onderzoeksvormen	13
3.2. De keuze van de sleutelpersonen ten behoeve van de interviews	13
3.3. De interviews met de gezondheidscentra	14
3.4. De interviews met gemeenten, plaatselijke huisartsen verenigingen en ziekenfondsen.	15
4. HET BELEID VAN DE AMSTERDAMSE RESPECTIEVELIJK HAAGSE GEMEENTE, HUISARTSEN VERENIGING EN ZIEKENFONDSEN	19
4.1. Het gemeentelijk beleid van Amsterdam	19
4.2. Het gemeentelijk beleid van Den Haag	26
4.3. Het beleid van de Amsterdamse Huisartsen Vereniging	31
4.4. Het beleid van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging voor 's-Gravenhage en omstreken	33
4.5. Het beleid van de Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen	34
4.6. Het beleid van de Haagse ziekenfondsen	36
4.7. Conclusie	38
5. DE RUIMTELIJKE ONTWIKKELING VAN AMSTERDAM RESPECTIEVELIJK DEN HAAG IN DE ZIN VAN STADSVERNIEUWING EN -UITBREIDING	41
5.1. Stadsvernieuwing en stadsuitbreiding van Amsterdam en Den Haag vanaf 1970	41
5.2. Het gemeentebeleid ten aanzien van gezondheidscentra in Zoetermeer	45
6. ORGANISATIE PRAKTIJKUITOEFENING EN ANDERE VERKLARENDE OORZAKEN	47
6.1. Organisatie van de praktijkuitoefening in Amsterdam en Den Haag	47
6.2. Mogelijke andere oorzaken ter verklaring van het verschil tussen Amsterdam en Den Haag	47
7. DE INITIATIEVEN TOT VORMING VAN DE GEZONDHEIDSCENTRA IN AMSTERDAM EN DEN HAAG	51
7.1. De initiatieven in Amsterdam	51
7.2. De initiatieven in Den Haag	54
8. DISCUSSIE	57
BIJLAGEN	
LITERATUURLIJST	

1. INLEIDING

Dit onderzoek spitst zich toe op de ruimtelijke aspecten en op de rol die de gemeentelijke overheid wil (en kan) spelen bij de totstandkoming van gezondheidscentra alsook op de invloed van de plaatselijke huisartsen verenigingen en ziekenfondsen daarbij. Het betreft een van de samenwerkingsvormen in de eerstelijnsgezondheidszorg, die een enorme ontwikkeling heeft gekend vanaf 1970. In dat jaar zijn er slechts 3 gezondheidscentra, terwijl thans het aantal 96 bedraagt.
Het is gebleken dat er aanzienlijke verschillen in aantal gezondheidscentra bestaan tussen de verschillende delen van ons land, maar ook tussen de plaatsen onderling. Centraal in dit onderzoek staat de vraag of en op welke wijze er richting is gegeven aan de ontwikkeling van gezondheidscentra vanaf 1970 door het ter plaatse gevoerde beleid, met name dat van de gemeenten.

De aandacht wordt gericht op deze vorm van samenwerking omdat gezondheidscentra interessant zijn vanuit planologisch oogpunt. Er is een aantal redenen die het belang van planning bij het tot stand komen van gezondheidscentra onderschrijven.
Enerzijds leggen gezondheidscentra, als gevolg van het feit dat het gaat om een samenwerking van tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende onder een dak, een groter beslag op de ruimte dan andere vormen van hulpverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg. Bovendien leidt deze ruimtelijke concentratie van eerstelijnsvoorzieningen tot grotere eenheden in het algemeen al gauw tot een vergroting van de afstand tot de woning van de patiënt/cliënt. Het is dus zaak dat de situering van een gezondheidscentrum met zorg wordt gekozen en de verbindingen goed zijn.
Van de andere kant dient er in de plannen rekening mee te worden gehouden dat een vergaande schaalvergroting om onderstaande motieven niet wenselijk wordt geacht.

- Gezondheidscentra kunnen de bereikbaarheid en herkenbaarheid van de eerstelijnsvoorzieningen bevorderen voor de bewoners van een wijk. De activiteiten zijn vooral herkenbaar als ze zich op menselijke schaal afspelen. Daartoe dienen in de ruimtelijke plannen vooral kleine initiatieven te worden bevorderd.

- Tevens is het mogelijk om met behulp van kleine gezondheidscentra de leefbaarheid van een wijk te verhogen. In oude wijken heeft men te maken met het feit dat met name de jonge gezinnen en meer draagkrachtigen zijn vertrokken. Ouderen en alleenstaanden (waaronder veel jongeren en gastarbeiders) zijn achtergebleven, waardoor het draagvlak voor een aantal voorzieningen sterk is gedaald met als gevolg dat ze zijn verdwenen. Dit heeft negatieve gevolgen voor het woon- en leefklimaat. De komst van een gezondheidscentrum kan de leefbaarheid verhogen, waarmee herstel en behoud van de woonfunctie in deze wijken kan zijn gediend. Ook in nieuwbouwwijken waar nog een voorzieningenstructuur moet worden opgebouwd, zijn goede mogelijkheden aanwezig om gezondheidscentra te vestigen en op die manier het woon- en leefklimaat in positieve zin te beïnvloeden.
- Ook naar de mening van patiënten/cliënten is een bepaalde mate van schaalvergroting toelaatbaar en hoeft niet tot verschraling of verzakelijking van de sfeer en dienstverlening te leiden(Crebolder, 1977).

Tot nu toe hebben onderzoeken in deze sector zich niet beziggehouden met de betekenis van de ruimtelijke ordening bij de totstandkoming van gezondheidscentra. Het onderhavig onderzoek krijgt daardoor het karakter van een pilot-study.
Daar de gezondheidscentra vooral worden aangetroffen in de dichtstbevolkte delen van ons land, te weten de Randstad en de grote steden, èn er tussen Amsterdam en Den Haag een groot verschil in aantal centra is, zal dit verschil worden geanalyseerd. Amsterdam bezit acht gezondheidscentra, terwijl Den Haag er sinds kort twee heeft.*
Aan de hand van de centrale vraag worden voor Amsterdam en Den Haag de volgende deelvragen geformuleerd. Heeft het verschil in ontwikkeling van gezondheidscentra vanaf 1970 te maken met:

1) een op verschillende wijze gevoerd beleid door de Amsterdamse respectievelijk Haagse gemeente, huisartsen vereniging en ziekenfondsen?
2) verschillen in ruimtelijke ontwikkeling in de zin van stadsvernieuwing en -uitbreiding tussen beide?
3) verschillen in organisatie van de praktijkuitoefening in Amsterdam en Den Haag?

* Een beschrijving van de gezondheidscentra in beide steden en hun ligging wordt gegeven in bijlage 1.

4) verschillen tussen beide steden wat betreft de vraag wie het initiatief tot oprichting van de diverse gezondheidscentra heeft genomen?

Getracht zal worden antwoorden op deze vragen te verschaffen.
Na de samenvatting zullen in hoofdstuk 3 de gebruikte methoden van onderzoek worden besproken.
In de daarop volgende hoofdstukken worden de onderzoeksresultaten per deelvraag weergegeven. Het beleid van de gemeenten, plaatselijke huisartsen verenigingen en ziekenfondsen vormt het onderwerp van hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 komt het verschil in ruimtelijke ontwikkeling van Amsterdam respectievelijk Den Haag in de zin van stadsvernieuwing en -uitbreiding aan bod. Hoofdstuk 6 gaat in op de organisatie van de praktijkuitoefening in deze steden alsook op enkele andere factoren ter verklaring van het geconstateerde verschil in ontwikkeling van gezondheidscentra in Amsterdam en Den Haag. In hoofdstuk 7 zullen de initiatieven tot oprichting van de gezondheidscentra worden beschreven.
Het laatste hoofdstuk is gereserveerd voor een korte discussie.

2. SAMENVATTING

Dit onderzoek is gericht op ruimtelijke en beleidsmatige invloeden bij de totstandkoming van gezondheidscentra. Hoewel interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn ook op andere manieren gestalte kan krijgen, is juist het gezondheidscentrum als onderwerp van studie gekozen, aangezien vooral bij deze vorm van samenwerking de planning een belangrijke rol kan spelen. Enerzijds is er als gevolg van de ruimtelijke concentratie van eerstelijnsvoorzieningen in een dergelijk centrum een tendens tot schaalvergroting waar te nemen, waardoor de plaats met zorg moet worden gekozen. Anderzijds dient ten behoeve van de bereikbaarheid en herkenbaarheid alsmede van de leefbaarheid een vergaande schaalvergroting te worden tegengegaan. In de ruimtelijke plannen kan hiermee rekening worden gehouden.
Het aantal gezondheidscentra is tussen 1970 en 1981 toegenomen van 3 tot 96. Deze centra liggen ongelijk verspreid over ons land. Ook zijn er verschillen in aantal tussen plaatsen onderling.
Centraal in dit onderzoek staat de vraag of er op verschillende wijze richting is gegeven aan de ontwikkeling van gezondheidscentra vanaf 1970 door het ter plaatse gevoerde beleid van ziekenfondsen, plaatselijke huisartsen verenigingen en vooral de gemeente. Het feit dat gezondheidscentra met name worden aangetroffen in de dichtstbevolkte delen van ons land, te weten de Randstad en de grote steden, èn het grote verschil in aantal centra tussen Amsterdam en Den Haag zijn de redenen geweest om de analyse juist op deze twee steden te richten.
In het nu volgende zullen de belangrijkste resultaten uit dit onderzoek puntsgewijs worden samengevat.

1) Het geconstateerde verschil in ontwikkeling van gezondheidscentra tussen de onderzochte steden heeft voor een deel te maken met het tijdstip waarop de betrokken gemeenten zich zijn gaan bezighouden met de vorming van gezondheidscentra.
   . De gemeente Amsterdam heeft vanaf het begin van de jaren zeventig een zeer actief stimulerend beleid gevoerd ten aanzien van multidisciplinaire samenwerking in het algemeen en gezondheidscentra in het bijzonder. Sinds 1976 bezit deze gemeente een eigen financiële regeling ten behoeve van multidisciplinaire samenwerking en in haar stedebouwkundige plannen heeft ze ruimten gereserveerd voor gezondheidscentra.
   . De gemeente Den Haag heeft eerst aan het eind van de jaren zeventig haar standpunten ten aanzien van gezondheidscentra expliciet kenbaar gemaakt. Tot die tijd heeft ze haar aandacht gericht op het opzetten van wijk- en dienstencentra.

Ondanks het feit dat volgens het beleidsprogram 1978-1982 van deze gemeente de ontwikkeling van wijkgezondheidscentra in wijken met een tekort aan medische verzorging het eerst dient te worden aangepakt, staat in haar beleid nog steeds de vestiging van wijkaccomodaties centraal, van waaruit de verschillende dienstverleners hun praktijk kunnen uitoefenen, in met name achterstandsgebieden en nieuwbouwwijken. Dit ter bevordering van een juiste spreiding van de dienstverlening als ter stimulering van multidisciplinaire samenwerking. Met uitzondering van het wijk- en dienstencentrum in het Transvaalkwartier zijn in deze wijkaccomodaties echter geen geformaliseerde samenwerkingen tussen hulpverleners tot stand gekomen. Wil de gemeente daadwerkelijk multidisciplinaire samenwerking bevorderen, dan blijkt het huidige beleid ten aanzien van de wijkaccomodaties daarvoor niet toereikend. Wellicht kan een actief streven naar gezondheidscentra hierin verandering brengen.

2) Ten aanzien van het jongste gezondheidscentrum Nieuw Waldeck heeft de gemeente Den Haag een soortgelijk ruimtelijk beleid gevoerd als de gemeente Amsterdam ten aanzien van haar centra in de nieuwbouwwijken en het stadsvernieuwingsgebied de Kinkerbuurt.
Met de plaatsbepaling van de tijdelijke huisvestigingen van deze gezondheidscentra hebben de gemeenten zich nauwelijks ingelaten. Het gaat veelal om flats of woonhuizen die met goedkeuring van burgemeester en wethouders tijdelijk aan de woonbestemming zijn onttrokken. Dit laatste is in Den Haag niet zonder problemen gegaan. De belangenafweging tussen gezondheidscentrum of woonvoorziening is moeilijk geweest.
De plaats van de definitieve accomodatie, veelal een speciaal voor dat doel ontworpen nieuw gebouw, legt de gemeente vast in een globaal dan wel gedetailleerd bestemmingsplan in het centrumgebied van de wijk.
De bestemmingen voor deze gebieden worden slechts globaal aangegeven en dienen nader uitgewerkt te worden door de ruimtelijke ordenaars in samenwerking met de gebruikers. Alleen in Holendrecht (Amsterdam) heeft men het gezondheidscentrum met opzet buiten het centrum van de wijk geplaatst. Ter verlevendiging van de buurt wilde men op meerdere punten activiteiten creëren. Bovendien ging het niet om één centrum maar om twee kleine buurtposten. De gemeente heeft vanaf dat moment voor kleinschaligheid gekozen. Een verschijnsel dat zich ook in Den Haag manifesteert.

In deze bestemmingsplannen worden hinderlijke bedrijven nabij de centra geweerd en afgevoerd naar aparte industriegebieden. Er wordt gezorgd voor een goede bereikbaarheid van de gezondheidscentra en voldoende parkeergelegenheid. De vestiging van solo-artsen wordt niet of nauwelijks gereguleerd.
In enkele gevallen was ten tijde van de bouw van het definitieve gezondheidscentrum het bestemmingsplan nog niet goedgekeurd. Er is met behulp van artikel 19 van de Wet op de Ruimtelijke Ordening vooruitgelopen op dit plan.
Bij de totstandkoming van de gezondheidscentra in oude wijken, die niet als stadsvernieuwingsgebied staan aangemeld, hebben de gemeenten geen rol van betekenis gespeeld.

3) Beide gemeenten hebben zich tot nu toe beperkt tot het treffen van positieve maatregelen, die de ontwikkeling in gewenste richting stimuleren. Negatieve maatregelen, die trachten ongewenste ontwikkelingen tegen te gaan zoals bijvoorbeeld de vestiging van solo-huisartsen in de nabijheid van gezondheidscentra, zijn niet of nauwelijks getroffen. Dit zou via de volgende wegen kunnen:
- via het bestemmingsplan: door middel van bestemmingsvoorschriften die aangeven waar wel en waar niet een woonhuis of een gedeelte daarvan bestemd mag worden om er een praktijk in te vestigen.
- via het privaatrecht: bij verkoop van grond en gebouwen van de gemeente wordt in het koopcontract opgenomen dat op de grond of in het gebouw geen solo-huisartspraktijk mag worden gevestigd.
- via het vaststellen van een vestigingsverordening (ex artikel 168 Gemeentewet) waarin het verboden wordt om als werker in de eerstelijnsgezondheidszorg te functioneren tenzij dit gebeurt vanuit een gezondheidscentrum.

Voor Den Haag bestaat zo'n ontwerp-vestigingsverordening. Echter burgemeester en wethouders ontraden de aanneming ervan door de gemeenteraad.

4) Evenals de gemeente heeft ook de VAZ (Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen) in Amsterdam reeds vanaf het begin van de jaren zeventig zeer positief gestaan tegenover gezondheidscentra en multidisciplinaire samenwerking. Ze heeft niet alleen steun verleend in financiële en bestuurlijke zin. In het begin van de jaren zeventig heeft ze namelijk ook projectleiders ten behoeve van enkele gezondheidscentra in dienst genomen, die na oprichting van de SOSEL naar deze stichting zijn overgegaan.

De beide Haagse ziekenfondsen hebben het gezondheidscentrum Nieuw Waldeck eveneens in financiële als in bestuurlijke zin gesteund onder andere via hun overlegorgaan, de Haagse Ziekenfondsraad. Het feit dat beide ziekenfondsen uiteenlopende visies over gezondheidscentra hebben en geen gemeenschappelijk beleid voeren, kan het tot overeenstemming komen over de gezamenlijk via deze raad te verlenen steun bemoeilijken.

5) Door zowel de gemeente Amsterdam als de VAZ is de aanzet gegeven tot oprichting van de SOSEL. Beide instellingen subsidiëren de SOSEL tevens grotendeels. Een dergelijk ondersteuningsplatvorm kan van grote waarde zijn voor de begeleiding en stimulering van activiteiten op het gebied van samenwerken in de eerste lijn.

6) De huisartsen verenigingen van Amsterdam en Den Haag hebben zich beide niet actief ingelaten met de vorming van de gezondheidscentra. In Amsterdam stond ze "welwillend doch gereserveerd" tegenover gezondheidscentra; in Den Haag zijn er met de huisartsen vereniging problemen geweest rond het gezondheidscentrum Nieuw Waldeck.
Om te komen tot pluriformiteit in de beroepsuitoefening van de huisartsenpraktijk zouden de plaatselijke huisartsen verenigingen meer open kunnen staan voor gezondheidscentra.

7) Voor het ontstaan van gezondheidscentra is vooral van belang of een gemeente voldoende uitbreidingsmogelijkheden heeft binnen eigen gemeentegrenzen. De gezondheidscentra komen het gemakkelijkst van de grond in nieuwbouwwijken. In bestaande wijken heeft men te maken met een gevestigde structuur, die moeilijk te doorbreken is.
Ondanks het feit dat in stadsvernieuwingsgebieden ruimte vrijkomt als gevolg van sloopactiviteiten èn er vaak een tekort aan medische verzorging is, komen er nauwelijks gezondheidscentra van de grond.

8) Wanneer een groot aantal huisartsen vanuit meer dan één praktijkadres werkzaam is, zoals in Den Haag het geval is, dan vormt dat een belemmering voor het tot stand komen van gezondheidscentra. Het op elkaar afstemmen van de werkgebieden der samenwerkende hulpverleners wordt hierdoor practisch onmogelijk gemaakt.

Herverkaveling van huisartspraktijken en betere afstemming van werkgebieden scheppen gunstiger voorwaarden voor het tot stand komen van interdisciplinaire samenwerking (i.c. gezondheidscentra) in bestaande woonwijken.

9) Wat de initiatieven betreft, het merendeel van de gezondheidscentra is ontstaan op initiatief van hulpverleners. In Amsterdam komen twee van deze initiatieven voor rekening van de beide medische faculteiten. Daarnaast zijn in deze stad twee initiatieven ontstaan door activiteiten van het opbouwwerk samen met bewoners. In Den Haag zijn geen bewonersinitiatieven geweest, die tot een gezondheidscentrum hebben geleid. Hier heeft wel de gemeente een initiatief tot oprichting van een centrum genomen. Echter niet zonder problemen. Ten aanzien van het betreffende gezondheidscentrum zijn problemen ontstaan bij de Plaatselijke Huisartsen Vereniging, die zich uit het Bestuur heeft teruggetrokken (zie paragraaf 4.4).

10) Uit dit onderzoek is gebleken dat de door de gemeente Den Haag aangevoerde redenen voor het niet van de grond krijgen van initiatieven (zoals onbekendheid met het begrip gezondheidscentrum, vrees voor verlies van eigen identiteit van de hulpverleners en onoverzienbare financiële consequenties) onvoldoende verklaringskracht bezitten. Ze zijn te algemeen en gaan evenzeer op voor Amsterdam.

3. ONDERZOEKSMETHODEN

3.1. De gebruikte onderzoeksvormen

In deze paragraaf zal worden aangegeven op welke manieren de gegevens ten behoeve van dit onderzoek zijn verzameld.

- Als belangrijkste grondvorm van onderzoek kan de survey worden beschouwd. De gegevens benodigd om de deelvragen betreffende het door de genoemde partijen gevoerde beleid en de initiatiefname tot vorming van gezondheidscentra te beantwoorden, zijn verzameld middels interviews. Daarbij is gebruik gemaakt van voorgestructureerde vragenlijsten.
  Er zijn een tweetal interviewronden gehouden:
  1) een ronde langs alle gezondheidscentra van Amsterdam en Den Haag,
  2) gevolgd door een ronde langs de gemeente, plaatselijke huisartsen vereniging en ziekenfonds(en) van Amsterdam respectievelijk Den Haag.
- Het overige materiaal is verkregen uit analyse van statistische bronnen en literatuur. Om informatie te verkrijgen over stadsvernieuwingsactiviteiten en stadsuitbreidingsmogelijkheden van de afgelopen tien jaar in de betrokken steden (deelvraag 2) is gebruik gemaakt van reeds bestaande literatuur, waaronder gemeenterapporten, en van gemeentestatistieken. Gegevens betreffende de organisatie van de praktijkuitoefening (deelvraag 3) zijn afgeleid uit ziekenfondsbronnen.

3.2. De keuze van de sleutelpersonen ten behoeve van de interviews

- Ten behoeve van de eerste interviewronde zijn de sleutelpersonen als volgt gekozen. Begin december 1980 is elk gezondheidscentrum in Amsterdam en Den Haag opgebeld en op de hoogte gesteld van dit onderzoek. Daarbij is geïnformeerd naar iemand die in het centrum werkt, in het bestuur zit of anderszins erbij betrokken is (geweest) en die op de hoogte is van de gang van zaken vanaf het moment dat het initiatief is genomen om dit gezondheidscentrum op te richten. Vervolgens zijn de door de centra genoemde personen telefonisch benaderd, op de hoogte gesteld en als sleutelpersonen bereid gevonden.
- Om sleutelpersonen te verkrijgen voor de tweede interviewronde zijn één of meerdere gemeenteambtenaren, een bestuurslid van beide plaatselijke huisartsen verenigingen en een directeur of medisch adviseur van de ziekenfondsen gevraagd.

3.3. De interviews met de gezondheidscentra

Het is de bedoeling middels deze interviews er achter te komen wat men in de gezondheidscentra zèlf weet van het door met name de betrokken gemeente en door de ziekenfondsen en plaatselijke huisartsen vereniging gevoerde beleid en van wie indertijd de initiatieven zijn uitgegaan om de centra op te zetten. De interviews zijn gestructureerd door middel van een vragenlijst. Ten behoeve van deze vragenlijst is eerst een proef-vragenlijst samengesteld waarmee twee proef-interviews zijn afgenomen, die op hun beurt hebben geleid tot bijstelling van de "oude" lijst. Met behulp van de hieruit geresulteerde vragenlijst zijn de gesprekken gevoerd en zijn onderling vergelijkbare antwoorden verkregen.
In het onderstaande zullen slechts kort enkele groepen van vragen worden aangestipt. In de eerste plaats zijn enkele vragen gesteld met betrekking tot het initiatief zelf en de contacten die er na zijn gelegd.
Dan volgt er een aantal vragen betreffende de ligging van de centra en het type huisvesting.

- Heeft de gemeente invloed uitgeoefend op de keuze van de locatie en hoe?
- Welke vestigingsfactoren hebben de ligging bepaald?
- Is de huisvesting definitief of tijdelijk, is het nieuw gebouwd of een bestaand aangepast gebouw met voorheen een andere functie? Dit wordt gevraagd om na te gaan of de gemeente wanneer het gaat om een definitieve huisvesting de ligging nadrukkelijker bepaalt dan wanneer het een tijdelijke huisvesting betreft.

Om de rol van de gemeente en met name van haar ruimtelijke beleid ten aanzien van de ontwikkeling van gezondheidscentra te bepalen is een serie aparte vragen opgenomen.

- Wordt er middels een bestemmingsplan duidelijk richting gegeven aan de ontwikkeling van een gezondheidscentrum?
- Heeft de gemeente gebruik gemaakt van haar middel om geen bouwvergunning * aan een gezondheidscentrum te verlenen?
- Een ander belangrijk instrument ten dienste van de gemeente vindt zijn regeling in artikel 56 van de Woningwet, een artikel dat in enkele steden, waaronder Amsterdam en Den Haag, van kracht is. Als gevolg hiervan is het verboden woningen te onttrekken aan de woningvoorraad zonder vergunning van burgemeester en wethouders. Is dit artikel gebruikt ten behoeve van een of meerdere gezondheidscentra?

* De bouwvergunning wordt niet verleend als de bouw in strijd is met het bestemmingsplan dan wel met de bouwverordening, die elke gemeente bezit.

Langs deze weg kan worden achterhaald of de gemeente volgens de centra de vestiging van gezondheidscentra probeert te reguleren.
Ook wordt op een directe manier gevraagd of men op de hoogte is van het feit of de gemeente een vestigingsbeleid voert via het bestemmingsplan, via het privaatrecht, via het in dienst nemen van de hulpverleners bij een rechtspersoon en/of via een vestigingsverordening ex artikel 168 van de Gemeentewet (zie bijlage 2).
Tot slot wordt geprobeerd te achterhalen of de plaatselijke huisartsen vereniging aldus de centra op de een of andere manier vestigingen reguleert.

3.4. De interviews met gemeenten, plaatselijke huisartsen verenigingen en ziekenfondsen

De bedoeling van deze interviews is achter het door deze partijen gevoerde beleid ten aanzien van de ontwikkeling van gezondheidscentra in de betrokken periode te komen.
Voor zowel de gemeenten, de plaatselijke huisartsen verenigingen als de ziekenfondsen zijn aparte vragenlijsten geconstrueerd, waarbij onder andere gebruik is gemaakt van reeds gestelde vragen aan de sleutelpersonen van de gezondheidscentra als ook van daaruit verkregen resultaten.
In deze paragraaf zal slechts een korte typering van deze lijsten worden gegeven.

De vragenlijsten voor de gemeenten bestaan uit een algemeen gedeelte, dat voor beide steden identiek is, en een specifiek op de Amsterdamse respectievelijk Haagse situatie afgestemd deel.
In het algemeen gedeelte wordt eerst ingegaan op het door de betrokken gemeente tussen 1970 en 1980 gevoerde beleid ten aanzien van de ontwikkeling van gezondheidscentra.
Vervolgens wordt nagegaan of de gemeente zelf wel eens initiatieven heeft ondernomen om gezondheidscentra op te zetten en hoe ze is ingesprongen op eenmaal door anderen ontwikkelde initiatieven.
Zeer belangrijk zijn de vragen gericht op het instrumentarium waarmee de gemeente een ruimtelijk beleid ten aanzien van gezondheidscentra kan voeren. Er wordt rechtstreeks aan de gemeente gevraagd of ze een vestigingsbeleid voert via het bestemmingsplan, via het privaatrecht, via het in dienst nemen van de hulpverleners bij een rechtspersoon en/of via een vestigingsverordening ex artikel 168 van de Gemeentewet.

Daarnaast wordt geprobeerd er achter te komen of de gemeente via andere middelen zoals het al of niet verlenen van een bouwvergunning, gebruikmaking van artikel 56 van de Woningwet de vestiging van centra heeft beïnvloed.
In het specifiek gedeelte wordt de betrokkenheid van de gemeente bij de totstandkoming van de gezondheidscentra afzonderlijk doorgelicht, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de centra die in nieuwbouwwijken en die in de oude wijken zijn gelegen.

- Ingegaan wordt op het feit of er ten aanzien van de gebieden waarin de gezondheidscentra liggen bestemmingsplannen aanwezig of in voorbereiding zijn bij de komst van het centrum en op het karakter van deze plannen.
- Zijn er ook bestemmingsplannen gewijzigd ten behoeve van gezondheidscentra?
- Welke factoren hebben een rol gespeeld bij de keuze van de locatie door de gemeente?
- Ook zal worden bekeken of bij het maken van de bestemmingsplannen of het wijzigen ervan overleg gevoerd is door de gemeente met potentiële hulpverleners en/of bewoners van het betrokken gebied.
- Beide gemeenten krijgen tevens de vraag voorgelegd waarom slechts één gezondheidscentrum in een stadsvernieuwingsgebied is gelegen, terwijl er toch meerdere stadsvernieuwingsgebieden zijn.
- Tot slot zal worden geïnformeerd naar recent goedgekeurde bestemmingsplannen of plannen in voorbereiding, waarin gezondheidscentra zijn of worden gepland, om aldus een beeld te krijgen van te verwachten gemeentelijke initiatieven.

De eerste vragen gesteld aan de plaatselijke huisartsen vereniging zijn erop gericht een beeld te verkrijgen van hun houding tegenover gezondheidscentra en van wat ze ondernemen om de totstandkoming van gezondheidscentra te stimuleren.
Dan volgt een serie vragen met betrekking tot de aard van de contacten die de plaatselijke huisartsen verenigingen hebben onderhouden met de centra tijdens hun oprichting.

- Is het contact met bepaalde gezondheidscentra moeizaam verlopen en bij welke centra hebben ze steun verleend tijdens de oprichtingsfase?
- Zijn er bepaalde criteria verbonden aan het verkrijgen van deze steun?

De volgende vragen richten zich enerzijds op de betrokkenheid van deze verenigingen bij het door de gemeenten gevoerde ruimtelijke beleid ten aanzien van gezondheidscentra en anderzijds op de eventuele contacten met de ziekenfondsen.

Uit de laatste vraag dienen de standpunten ten aanzien van een te voeren vestigingsbeleid voort te vloeien.

De vragenlijst opgesteld ter structurering van de interviews met de ziekenfondsen vertoont veel overeenkomsten met die van de plaatselijke huisartsen verenigingen.
Allereerst dient uit een aantal vragen de houding van het betreffende ziekenfonds ten aanzien van de ontwikkeling van gezondheidscentra naar voren te komen alsmede de rol van eventuele andere ziekenfondsen daarbij en de gebondenheid aan de richtlijnen van de Ziekenfondsraad met zijn gevolgen voor die ontwikkeling.
Uit de tweede groep vragen zal blijken langs welke wegen het ziekenfonds direct of indirect de totstandkoming van centra kan stimuleren.
Dan volgen er vragen waaruit de aard van de contacten tussen het ziekenfonds en de gezondheidscentra tijdens hun ontwikkelingsstadium zal moeten blijken.
De rest van de vragenlijst richt zich op de betrokkenheid van het ziekenfonds bij het door de gemeente gevoerde ruimtelijke beleid ten aanzien van gezondheidscentra en op het contact met de plaatselijke huisartsen vereniging.
Aan de hand van een laatste vraag kunnen de standpunten ten aanzien van een te voeren vestigingsbeleid worden gelanceerd.

Aan het eind van dit hoofdstuk dient nog een opmerking gemaakt te worden ten aanzien van enkele extra vragen betreffende niet of nog niet geslaagde initiatieven tot vorming van gezondheidscentra. Deze vragen zijn gesteld aan de sleutelpersonen van de centra, de gemeenten en de plaatselijke huisartsen verenigingen met als doel achter de oorzaken van dit (nog) niet slagen te komen. Het verkregen materiaal is van zeer wisselende kwaliteit en ongeschikt om er conclusies aan te verbinden. Dit laatste vereist extra onderzoek. Bij de beschrijving van de onderzoeksresultaten worden de resultaten uit deze vragen derhalve niet meegenomen.

4. HET BELEID VAN DE AMSTERDAMSE RESPECTIEVELIJK HAAGSE GEMEENTE, HUISARTSEN VERENIGING EN ZIEKENFONDSEN

In dit hoofdstuk zal worden getracht een beeld te scheppen van de rol die met name de gemeente en daarnaast de plaatselijke huisartsen vereniging en de ziekenfondsen hebben gespeeld bij de totstandkoming van de gezondheidscentra.
Gestart zal worden met een beschrijving van het beleid van de beide gemeenten, waaraan een centrale functie is toegekend in dit onderzoek. Met behulp van gegevens verkregen uit de interviews met de gemeenten Amsterdam en Den Haag als met de gezondheidscentra in beide steden zal het door deze gemeenten gevoerde beleid worden weergegeven. Op een enkele plaats zullen deze gegevens worden aangevuld met materiaal uit literatuur en statistische bronnen.
Per gemeente zal in eerste instantie een beeld worden geschetst van haar algemeen beleid ten aanzien van de ontwikkeling van gezondheidscentra vanaf 1970 (A). Daarna zal de aandacht zich vooral richten op het door de gemeente gevoerde ruimtelijk beleid met betrekking tot de centra afzonderlijk (B).
Na de behandeling van het gemeentebeleid komt het beleid van de plaatselijke huisartsen verenigingen en van de ziekenfondsen aan de beurt.

4.1. Het gemeentelijk beleid van Amsterdam

A. Een belangrijk startpunt voor het gemeentelijk beleid ten aanzien van gezondheidscentra in Amsterdam vormt de Gezondheidszorgnota van 1970, waarin de gemeentelijke activiteiten met betrekking tot de volksgezondheid worden belicht. Hierin worden de contouren van het toekomstig beleid neergelegd.
In aansluiting op deze nota is door de wethouder voor Openbare Gezondheidszorg en het Ziekenhuiswezen(O.G.Z.) in 1972 de Werkgroep Wijkgezondheidscentra in het leven geroepen. Deze werkgroep heeft zich beziggehouden met:
- het doen van een uitspraak over de wenselijkheid om tot samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg te komen, gezien vanuit het standpunt van zowel de patiënten/cliënten als van de werkers in de gezondheidszorg.
- inventarisatie van mogelijke samenwerkingsverbanden en het doen van een keus uit deze mogelijkheden.

- inventarisatie van moeilijkheden die zich bij het tot stand komen van samenwerkingsvormen kunnen voordoen.
- het opstellen van richtlijnen onder andere over organisatorische vormen, financiering en de rol die de gemeentelijke overheid hierin zou kunnen spelen (SOSEL, 1979).

In 1974 is deze werkgroep met haar eindrapport gekomen waarin ze een snelle ontwikkeling van diverse vormen van samenwerking constateert. Als taak van de diverse overheden en organisaties moet worden gezien: het scheppen van kaders, waarbinnen de verschillende samenwerkingsvormen een kans krijgen zich te ontwikkelen.
Kenmerkend voor de Amsterdamse gemeentepolitiek ten aanzien van onder andere gezondheidscentra is het voorwaardenscheppende karakter. Zoals uit hoofdstuk 7 zal blijken, heeft de gemeente zelf geen initiatieven ontplooid om gezondheidscentra op te zetten.
Ze voert langs verschillende wegen een stimulerend beleid. In de eerste plaats heeft ze sinds 1976 een eigen "Regeling inzake Financiële Steun aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de Eerstelijns Gezondheidszorg". Ten tweede verleent ze op indirecte wijze steun aan de vorming van gezondheidscentra (en andere multidisciplinaire samenwerkingsvormen) middels subsidiëring van de Stichting Ontwikkeling Samenwerkingsverbanden in de Eerste-lijns Gezondheidszorg (SOSEL) voor 40%. Bovendien neemt ze in stedebouwkundige plannen reserveringen op voor gezondheidscentra. Gewezen kan worden op het Structuurplan van Amsterdam en op een aantal bestemmingsplannen, waarin ruimten zijn gereserveerd voor gezondheidscentra.
Het Structuurplan van Amsterdam, dat betrekking heeft op het deel van de stad dat reeds voor de oorlog is gebouwd, dateert van 1974 en wordt momenteel herzien. In dit plan is getracht,"op basis van de toekomstige bevolking te komen tot een model van centra met een draagvlak van 10.000 tot 12.000 inwoners. In dat model kunnen in de vooroorlogse stad 40 centra worden geteld; voor 35 daarvan geldt, dat voor een bezoek niemand meer dan 750 meter behoeft te lopen. Hierbij zij opgemerkt dat de huidige spreiding van de huisartsen een onregelmatig beeld te zien geeft, waarbij in een aantal gebieden de bereikbaarheid te wensen overlaat. Het model geeft een indicatie voor de ruimtebehoefte per gebied, heeft daarmee een programmatische betekenis en kan in die zin mede dienen als toetssteen voor initiatieven die in de stad ontstaan".

In de afgelopen periode zijn er bestemmingsplannen voor deelgebieden uitgewerkt.
Bij de beschouwing van het ruimtelijk beleid van de gemeente ten aanzien van de centra afzonderlijk zal duidelijk worden dat tot nu toe slechts een gezondheidscentrum in de vooroorlogse stad is gerealiseerd waarvoor ruimte is gereserveerd in het bestemmingsplan, te weten het Dirk van Nimwegencentrum. Uit de interviews is gebleken dat er meerdere bestemmingsplannen goedgekeurd dan wel in voorbereiding zijn voor dit deel van de stad, waarin ruimte wordt vrijgehouden voor centra.
Ook al zijn de voorwaarden aanwezig, toch komen de centra moeilijk van de grond. Het feit waarmee men in de oude stadsdelen wordt geconfronteerd, is dat deze een reeds lang bestaande traditie kennen. Dit in tegenstelling tot de nieuwe wijken, waar zich nog geen artsen hebben gevestigd. Men ziet dan ook dat zich in deze nieuwe gebieden meer gezondheidscentra hebben ontwikkeld.

Met betrekking tot de oprichting van gezondheidscentra werkt een aantal gemeentediensten samen zoals O.G.Z., Grondbedrijf, Volkshuisvesting alsook de Gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdienst (GG en GD).
In stadsvernieuwingsgebieden krijgt deze samenwerking gestalte in de vorm van ambtelijke projectgroepen; in uitbreidingsgebieden treedt men met elkaar in contact in de programmafase, waarin de visievorming op het betrokken gebied plaatsvindt.
De laatste jaren heeft men binnen de gemeente een andere visie ontwikkeld over de omvang van gezondheidscentra. Aan het eind van de jaren zestig en begin jaren zeventig is men voorstander van grote gezondheidscentra. Het Dirk van Nimwegencentrum is hier een voorbeeld van. Bij de opzet van gezondheidscentrum Holendrecht treedt een "break" op in deze visie. De afdeling Stadsontwikkeling heeft ten behoeve van dit centrum aanvankelijk een tekening vervaardigd waarop een groot gezondheidscentrum is gesitueerd bij het winkelcentrum. Hiertegen is verzet van de kant van een aantal hulpverleners gekomen. Ze zijn tegenstanders van concentratie van alle activiteiten op één punt in de wijk en wensen decentralisatie. Het komt er op neer dat ze niet één groot gezondheidscentrum bij de winkels willen, maar kleinere centra verspreid over de wijk. Onder leiding van een architect zijn hun ideeën in kaart gebracht. Dit globale voorstel is aangenomen en nader uitgewerkt door een werkgroep, ingesteld door de Stuurgroep Gezondheidszorg (zie paragraaf 6.2), waarin de hulpverleners zitting hebben.

Het resultaat hiervan is dat men het idee van grote centra sindsdien heeft laten varen en kleinschaligheid is gaan nastreven. Op deze manier brengt men de voorzieningen dichter bij de bevolking.
Ten aanzien van gezondheidscentrum Banne Buiksloot is men teruggekomen van het idee van een groot wijkwelzijnscentrum, waarin zowel medische als sociaal-culturele voorzieningen zijn opgenomen. Er is besloten om de gezondheidszorgvoorzieningen ruimtelijk te scheiden van de sociaal-culturele voorzieningen.

Het is mogelijk dat de politieke samenstelling van de verschillende gemeenteraden in de betrokken periode er toe heeft bijgedragen dat de gemeente Amsterdam reeds vanaf het begin van de jaren zeventig een actief stimulerend beleid ten aanzien van de ontwikkeling van gezondheidscentra heeft gevoerd. Het is gebleken dat gedurende de gehele onderzoeksperiode de linkse partijen (PvdA, D'66, PPR, PSP, CPN) de boventoon hebben gevoerd in de gemeenteraad. In de laatste twee zittingsperioden (vanaf 1974) bezitten ze samen ongeveer tweederde van alle zetels (CBS, 1971, 1975, 1979). Een andere constatering in dit verband is dat de wethouder voor O.G.Z. in de eerste twee perioden (1970-1978) uit de CPN komt en in de laatste periode (1978-1982) uit de PvdA.

B. In het nu volgende zal het door de gemeente gevoerde ruimtelijke beleid ten aanzien van de gezondheidscentra afzonderlijk worden beschouwd. Er is een verschil waar te nemen in betrokkenheid van de gemeente bij de totstandkoming van gezondheidscentra in nieuwbouwgebieden en in oude gebieden. Hierbij dient met betrekking tot laatstgenoemde gebieden te worden aangetekend dat de rol, die de gemeente heeft vervuld bij de totstandkoming van het in het stadsvernieuwingsgebied gelegen centrum, overeenkomsten vertoont met de rol die ze heeft vervuld bij de vorming van de centra in de nieuwbouwwijken.

- In Amsterdam kan men vijf gezondheidscentra aantreffen in nieuwbouwwijken te weten de centra Osdorp, Banne Buiksloot, Holendrecht, Nellestein en Kraaiennest(zie bijlage 1).
  Van al deze gezondheidscentra kan worden gezegd dat ze in eerste instantie functioneren vanuit een tijdelijke accomodatie en pas later hun definitieve huisvesting betrekken. Het gaat in vier gevallen om één of meerdere flats, die nog nooit bewoond zijn geweest en die worden gehuurd van een woningbouwvereniging. Deze flats zijn met goedkeuring

van burgemeester en wethouders tijdelijk onttrokken aan de woonbestemming. De plaats van deze tijdelijke huisvesting wordt voornamelijk bepaald door het feit dat er een accomodatie te huur wordt aangeboden.
Gezondheidscentrum Kraaiennest daarentegen is tijdelijk gehuisvest onder een parkeergarage. Deze plaats is bepaald in het gedetailleerde bestemmingsplan Bijlmermeer dat nog niet door de gemeenteraad is vastgesteld op het moment dat de samenwerking in dit pand start. Factoren als ligging nabij andere voorzieningen en ligging ten opzichte van reeds gerealiseerde woningen hebben deze locatie bepaald.
De centra Osdorp en Holendrecht draaien momenteel reeds vanuit hun definitieve huisvesting, een speciaal voor dit doel ontworpen nieuw gebouw. De plaats voor het centrum Osdorp is bepaald door de Vrije Universiteit (V.U.). Als vestigingsplaatsfactoren zijn van belang geweest: de nabijheid van andere voorzieningen en van reeds gerealiseerde en nog te realiseren woningen. Ten tijde van de bouw van dit pand blijkt er een globaal plan voor het gebied aanwezig te zijn met enkele open plekken erin.
De keuze van de V.U. is op een van die plekken gevallen. De gemeente is het er aanvankelijk niet mee eens en wenst op die plaats een parkeergarage. Het feit dat de bewoners op een gegeven ogenblik geld,verkregen van de regering voor algemene voorzieningen (zie paragraaf 7.1.), ter beschikking hebben gesteld voor het gezondheidscentrum heeft er toe bijgedragen dat de gemeente van haar garage afziet en de bouwaanvraag voor het centrum honoreert.
Gezondheidscentrum Holendrecht functioneert vanuit twee definitieve buurtposten, waarvan de plaatsen zijn vastgelegd in een gedetailleerd bestemmingsplan. Factoren als ligging ten opzichte van de woningen en juist niet bij winkels en andere voorzieningen hebben hierop invloed uitgeoefend. Men wil ter verlevendiging van de buurt op meerdere punten dan alleen bij het winkelcentrum activiteiten creëren. Bovendien streeft men kleinschaligheid na; vandaar dat men kiest voor meerdere kleine centra in plaats van een groter centrum dat zich steeds meer uitbreidt. Op de tijdstippen dat beide buurtposten gebouwd moeten worden, is het gedetailleerde bestemmingsplan nog in voorbereiding. Om toch te kunnen bouwen vooruitlopende op dit plan, is artikel 19 van de Wet op de Ruimtelijke Ordening gebruikt. Er zijn zonder problemen bouwvergunningen verleend.

De drie andere gezondheidscentra zullen te zijner tijd ook definitief gehuisvest worden. De plaatsen zijn reeds vastgelegd in bestemmingsplannen. Voor het gebied Banne Noord bestaat een goedgekeurd gedetailleerd bestemmingsplan, dat in herziening is. Voor de wijk Nellestein is in 1976 een globaal bestemmingsplan vastgesteld door de gemeenteraad. Er is nog een beroepsprocedure lopende bij de Kroon. De ingediende bezwaarschriften hebben echter geen betrekking op het gezondheidscentrum. Voor de Bijlmermeer, waarin gezondheidscentrum Kraaiennest is gelegen, geldt een gedetailleerd bestemmingsplan dat is vastgesteld in 1975, maar dat nog geen goedkeuring van de Kroon heeft verkregen.
Als belangrijke vestigingsfactoren gelden voor alle drie de toekomstige accomodaties: de ligging nabij andere voorzieningen en de ligging nabij de woningen.

In het algemeen kan van het karakter van de hierboven genoemde bestemmingsplannen het volgende worden gezegd.

. Met uitzondering van de beide vestigingen in Holendrecht wordt de definitieve huisvesting van de overige gezondheidscentra geplaatst in het centrum van het betrokken gebied,waar men naast winkels meestal ook een aantal sociaal-culturele voorzieningen aantreft. De bestemmingen voor deze zogenaamde centrumgebieden worden in de bestemmingsplannen slechts globaal aangegeven. Het gebied dient nader uitgewerkt te worden door de ruimtelijke ordenaars in samenwerking met de gebruikers. Op deze manier wordt de exacte plaats en vormgeving van het gezondheidscentrum in onderling overleg bepaald.
. Ongewenste ontwikkelingen zoals bijvoorbeeld de vestigingen van hinderlijke bedrijven in de buurt van de centra worden in de plannen tegengegaan. Men draagt er zorg voor dat de gezondheidscentra rustig zijn gelegen. Industrieën worden naar aparte industriegebieden afgeleid. Het kan wel voorkomen dat niet hinderlijke, ambachtelijke bedrijfjes in woonbuurten worden toegestaan. Dit ziet men met name in Gaasperdam, waar men integratie van wonen, werken en voorzieningen nastreeft als reactie op de in de Bijlmermeer ver doorgevoerde scheiding van functies. Men wil door middel van deze integratie de levendigheid in de wijk verhogen.
. Indien men in een bepaald gebied de vestiging van solo-huisartsen wenst te weren ter bescherming van een gezondheidscentrum, dan kunnen woningen middels het bestemmingsplan uitsluitend voor woondoeleinden worden bestemd. Het probleem hierbij is dat de huisarts meestal zowel

praktijk uitoefent als woont in het pand. Dergelijke bestemmingsplanvoorschriften zijn in de genoemde bestemmingsplannen niet opgesteld.
Ten aanzien van Holendrecht is een afspraak gemaakt tussen de gemeente en de Amsterdamse Huisartsen Vereniging, waarbij Holendrecht is aangewezen als proefgebied voor gezondheidscentra.
Op de vraag "hoe ze solisten weert in dit gebied" heeft de gemeente geen antwoord. Tot nu toe hebben er zich geen huisartsen gevestigd en men verwacht ook niet dat dit zal gebeuren. Bovendien wordt in dit deel van Gaasperdam uitsluitend sociale woningbouw gepleegd. Een arts zal niet gemakkelijk een woning toegewezen krijgen.
Een ander middel waarmee de gemeente de vestiging van solisten kan weren, is bij verhuur van grond en gebouwen en bij het in erfpacht uitgeven van grond de bepaling in het huur- respectievelijk koopcontract op te nemen, dat de grond respectievelijk het pand niet gebruikt mag worden voor de uitoefening van een praktijk. In hoeverre ze dit middel heeft gehanteerd, is niet bekend.

. In alle bestemmingsplannen wordt rekening gehouden met een goede ontsluiting van het centrum en voldoende parkeergelegenheid.

- In het voorgaande is uitsluitend gekeken naar de invloed van het gemeentelijk ruimtelijk beleid bij het tot stand komen van gezondheidscentra in nieuwe gebieden. Nu zal worden ingegaan op de rol die dit beleid heeft gespeeld bij de centra in de oude, reeds lang bestaande gebieden.
Op de vorming van de gezondheidscentra Bos en Lommer en Helmerstraat heeft de gemeente geen invloed gehad. Beide centra zijn direct definitief gehuisvest in reeds bestaande panden. Ten behoeve van het gezondheidscentrum Bos en Lommer is een reeds bestaand praktijkpand aangepast. Het Academisch Ziekenhuis (Wilhelmina Gasthuis) heeft een van haar leegstaande gebouwen omgevormd tot ruimte voor het centrum Helmerstraat.
De gang van zaken rond het Dirk van Nimwegencentrum vertoont veel overeenkomsten met die rond de centra in nieuwbouwwijken. Ook hier heeft men eerst tijdelijk gehuisvest gezeten en wel in een gehuurd noodgebouw. De plaats hiervoor is in onderling overleg tussen de gemeente en de voorbereidingsstichting gekozen. Na een jaar heeft men het definitieve pand betrokken, een speciaal voor dit doel ontworpen nieuw gebouw, namelijk de onderetage van een blok nieuwbouwwoningen.

Het ligt centraal in een stadsvernieuwingsgebied. Deze plaats is vastgelegd in een globaal bestemmingsplan, dat op het moment van de bouw nog niet is goedgekeurd. Bij de bouw is daarom geanticipeerd op dit plan. Door de nabijheid van een fiets-voetgangersroute is het centrum goed toegankelijk voor voetganger en fietser.
De blokken tegenover het gezondheidscentrum hebben de bestemming woonfunctie. In sommige er omheen liggende gebiedsdelen treft men wel wat bedrijven aan.

Samenvattend kan het Amsterdamse gemeentebeleid ten aanzien van gezondheidscentra worden gekarakteriseerd als een voorwaardenscheppend beleid. Eén van de middelen die de gemeente hiertoe aanwendt, is het reserveren van ruimte voor gezondheidscentra in haar stedebouwkundige plannen zoals bestemmingsplannen.
Met de plaatsbepaling van de tijdelijke huisvesting van de centra in de nieuwbouwwijken alsook in het stadsvernieuwingsgebied de Kinkerbuurt, heeft de gemeente zich niet of nauwelijks ingelaten. In de meeste gevallen gaat het om één of meer flats die met de goedkeuring van de burgemeester en wethouders tijdelijk aan de woonbestemming worden onttrokken.
De plaats van de definitieve accomodatie legt de gemeente vast in een globaal respectievelijk gedetailleerd bestemmingsplan en wel in het centrumgebied van de betrokken wijk. Alleen in Holendrecht heeft men het gezondheidscentrum met opzet buiten het centrumgebied gesitueerd. Bovendien gaat het niet om één centrum maar om twee kleine buurtposten. De gemeente kiest vanaf dat moment bewust voor kleinschaligheid.
Met behulp van de bestemmingsplannen worden hinderlijke bedrijven in de buurt van de centra geweerd. Ook wordt in alle bestemmingsplannen voorzien in een goede bereikbaarheid van het centrum en in voldoende parkeergelegenheid. De indruk bestaat dat de gemeente de vestiging van solo-huisartsen in de buurt van gezondheidscentra niet of nauwelijks reguleert.
De gemeente heeft geen rol gespeeld bij de totstandkoming van de gezondheidscentra in de twee oude wijken, die niet als stadsvernieuwingsgebied staan aangemerkt.

4.2. Het gemeentelijk beleid van Den Haag

A. Bij de beschrijving van het Haagse gemeentebeleid zal eveneens worden gestart met het algemeen beleid ten aanzien van gezondheidscentra.
In het beleidsprogram 1978 - 1982 van de gemeente staat met betrekking tot gezondheidscentra het volgende: "de ontwikkeling van wijkgezond-

heidscentra, waarin huisartsen, tandartsen en andere werkers van medische en maatschappelijke hulpverlening samenwerken wordt in die wijken waar de medische verzorging tekort schiet het eerst aangepakt. De gemeente neemt bij voorkeur het initiatief. Hierbij wordt er voor gewaakt dat de zelfstandigheid van de betrokken beroepsbeoefenaren en de keuzevrijheid van de patiënten niet tegen hun wil aangetast zullen worden. Wanneer bestaande mogelijkheden tot het creëren van verantwoorde geneeskundige verzorging niet toereikend blijken wordt het in gemeentedienst nemen van werkers in de gezondheidscentra overwogen. Zolang het niet mogelijk is deze centra op te richten, bevordert de gemeente de ontwikkeling van bestaande poliklinieken of wijkcentra. Uitgangspunt blijft de integratie van dienstverlening. De wijkbewoners en cliënten krijgen in principe medeverantwoordelijkheid bij de oprichting en het functioneren van het gezondheidscentrum."

Omdat er vanuit de raadscommissie herhaaldelijk om gevraagd is, komt de gemeente in 1980 met een conceptnota Eerstelijnsgezondheidszorg te 's-Gravenhage. De inhoud ervan zal in het onderstaande worden weergegeven.

Het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking acht de gemeente van groot belang. Dit kan leiden tot een evenwichtiger samenhang en spreiding van voorzieningen en kan de bereikbaarheid en herkenbaarheid voor de hulpvrager doen toenemen. De gemeente acht zich er mede verantwoordelijk voor dat voldoende èn goed gespreide èn goed bereikbare gezondheidszorgvoorzieningen worden geboden. Ze wil in overleg met dienstverleners en hun organisaties een stimulerend en voorwaardenscheppend beleid voeren. In dit verband kan worden gewezen naar haar voorstel tot subsidiëring van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Met name in wijken met een onoverzichtelijke voorzieningenstructuur en een relatief minder gunstige leefsituatie zal dit samenwerken met voorrang worden bevorderd. Wijkaccomodaties voor de eerstelijnsgezondheidszorg in met name achterstandsgebieden maar ook in nieuwbouwwijken acht de gemeente essentieel, zowel voor het bevorderen van een juiste spreiding van de dienstverlening als voor het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking.

Hoewel veel waarde wordt gehecht aan de totstandkoming van wijkgezondheidscentra en haar beleid er op is gericht initiatieven te ontplooien, acht de gemeente ook andere vormen van geïntegreerde en gecoördineerde eerstelijnshulpverlening met een minder vaste organisatorische en ruimtelijke structuur van wezenlijk belang. Ze staat een pluriforme ontwikkeling voor. Ter stimulering van deze samenwerkingsverbanden

kunnen gedurende de initiatieffase van gemeentewege juridisch-bestuurlijke en organisatorische adviezen worden verstrekt en kan secretariaatsondersteuning worden geboden.
De effectiviteit van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden wordt bevorderd door een kleinschalige opzet, zowel in aantal teamleden als in aantal disciplines. Bovendien geeft de gemeente er de voorkeur aan om alle medewerkers in dienst van dezelfde privaatrechtelijke rechtspersoon of als dit niet mogelijk blijkt in gemeentedienst te nemen.
Door het (nog) ontbreken van wettelijke bevoegdheden voor de gemeente op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg is het effect van een actief voorwaardenscheppend beleid in belangrijke mate afhankelijk van het particulier initiatief (zowel organisaties als dienstverleners) om medewerking aan deze ontwikkelingen te verlenen. Uitgaande van het beginsel van democratische beleidsplanning acht de gemeente een ruime inspraak zowel van de betrokken wijkbevolking als van de dienstverleners en organisaties noodzakelijk.
Verder wordt in deze nota gewezen op het feit dat er slechts twee gezondheidscentra, te weten in Transvaalkwartier en in Nieuw Waldeck, functioneren in Den Haag ondanks het feit dat de gemeente aan enkele initiatieven tot vestiging van wijkgezondheidscentra medewerking heeft verleend. Als redenen hiervoor worden genoemd: de onbekendheid met het begrip gezondheidscentrum, vrees voor verlies van eigen identiteit van de hulpverleners, onoverzienbare financiële consequenties.
Momenteel worden projecten voorbereid aan het Oranjeplein (Schildersbuurt), in Centrum Loosduinen, Houtwijk en Kortenbos/Zeeheldenkwartier. In de verschillende structuurschetsen en bestemmingsplannen zijn reeds ruimten voor de vestiging van wijkaccomodaties gereserveerd. Ten aanzien van Centrum Loosduinen, Houtwijk en Oranjeplein zijn de plannen in een gevorderd stadium.
Van 1979 dateert het Initiatiefvoorstel inzake Eerste Lijnsgezondheidszorg van het raadslid Mr. C.V. Martini, welke een ontwerp-vestigingsverordening omvat voor de dienstverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg binnen de gemeente Den Haag. Een dergelijke verordening geeft de locale overheid de bevoegdheid om de vestiging van deze dienstverleners te regelen.
Het ligt in de bedoeling om de definitieve nota Eerstelijns Gezondheidzorg te 's-Gravenhage samen met een pre-advies op genoemd Initiatiefvoorstel en het raadsvoorstel tot subsidiëring samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg als één totaalpakket ter behandeling

aan de gemeenteraad aan te bieden. In genoemd pre-advies delen burgemeester en wethouders mede dat ze een verordening als uiterst stuurmiddel beschouwen en dat er geen behoefte aan bestaat in Den Haag. Weliswaar is de spreiding van sommige categorieën hulpverleners (met name huisartsen en tandartsen) niet optimaal, doch van een noodsituatie kan zeker niet worden gesproken. Bovendien ligt het opnemen van vergunningsvoorwaarden, die de beroepsuitoefening als zodanig raken (kwaliteitseisen), niet op de weg van de gemeentelijke overheid. Derhalve ontraden burgemeester en wethouders aanneming van het initiatiefvoorstel.
Van een permanente overlegsituatie tussen de verschillende gemeentediensten met betrekking tot de vorming van gezondheidscentra is op dit moment geen sprake. De afdeling Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid (MWV) wenst wel meer contact met de GG en GD. Deze laatste houdt zich echter afzijdig. De afdeling Stadsontwikkeling wordt door de dienst MWV als te technisch beschouwd.

Evenals in Amsterdam zal het beleid van de Haagse gemeente geplaatst worden tegenover de politieke samenstelling van de gemeenteraden en de politieke kleur van de wethouders voor MWV in de onderzochte periode. Het is gebleken dat het CDA en de VVD samen de meerderheid in de gemeenteraad hebben gevormd gedurende de periode van 1970 tot 1980 (CBS, 1971, 1975, 1979). Wat de wethouder voor MWV betreft kan worden meegedeeld dat hij in de eerste periode (1970-1974) uit de KVP komt; vanaf 1974 is het een CDA-er. Het feit dat het politieke klimaat vanaf 1970 is bepaald door de meer behouden partijen heeft mogelijk een rol gespeeld bij het zo laat tot ontwikkeling komen van een geëxpliciteerde beleidsvisie ten aanzien van gezondheidscentra.

B. In het onderstaande zal de aandacht worden gericht op het door de Haagse gemeente gevoerde <u>ruimtelijk beleid</u> ten aanzien van de gezondheidscentra Transvaal en Nieuw Waldeck.
- Bij de vorming van <u>gezondheidscentrum Transvaal</u> heeft de gemeente geen rol gespeeld. Het centrum is ontstaan uit een groepspraktijk. De enige bemoeienis van de gemeente hierbij is geweest dat ze aan de artsen op het moment dat ze een groepspraktijk zijn gaan vormen ruimte ter beschikking heeft gesteld in een wijk- en dienstencentrum.
- Het initiatief tot oprichting van <u>gezondheidscentrum Nieuw Waldeck</u> is genomen door de gemeente (zie paragraaf 7.2.). Het centrum is gelegen in de nieuwbouwwijk Nieuw Waldeck en voorlopig gehuisvest in een tweetal, daartoe geschikt gemaakte, woningen van de Haagse Woningbouwvereniging.

Deze woningen zijn niet zonder problemen onttrokken aan de woonbestemming. De belangenafweging gezondheidscentrum of woonvoorziening is niet gemakkelijk geweest.
Er wordt gewerkt aan de definitieve vestiging van het gezondheidscentrum in het multifunctionele centrum, waarin ook een basisschool en een sociaal-cultureel centrum zijn gepland. De plaats van dit multifunctionele centrum ligt reeds vast in het globaal bestemmingsplan met uitwerkingsbevoegdheden voor burgemeester en wethouders. Dit plan, vastgesteld door de gemeenteraad in 1976, is nog niet vigerend daar er een beroepsprocedure bij de Kroon loopt. Bij het maken van het plan is geen overleg gevoerd met bewoners en potentiële hulpverleners voor dit gebied; die waren er nog niet.
Een deel van Nieuw Waldeck is reeds gebouwd. Hiertoe is met behulp van artikel 19 van de Wet op de Ruimtelijke Ordening vooruitgelopen op het bestemmingsplan. Het is waarschijnlijk dat heel Nieuw Waldeck op deze manier gerealiseerd zal worden.
De uitwerking van het gebied waarin het multifunctionele centrum komt te liggen, is al een heel eind gevorderd. Verschillende gemeentediensten werken bij de invulling van dit centrumgebied samen met de hulpverleners en bewoners. Bij de hulpverleners is echter het gevoel aanwezig dat ze hierbij gestuurd en gemanipuleerd worden. In de tweede helft van 1982 hoopt men met de bouw te kunnen beginnen.
Bedrijven zullen in Nieuw Waldeck door het bestemmingsplan worden geweerd. Ook zullen er slechts enkele winkels komen. Het gebied is voor deze voorzieningen met name aangewezen op drie winkelcentra in de buurt. Er zal uitsluitend worden gewoond. De woningen zijn met name bestemd voor mensen die uit de stadsvernieuwingsgebieden komen. Solohuisartsen zullen zich niet in dit gebied kunnen vestigen.
Op de vraag waarom er niet méér gezondheidscentra tot stand zijn gekomen in nieuwbouwwijken, antwoordt de gemeente dat dit terug te leiden is tot de politiek. De gemeente Den Haag heeft indertijd besloten wijk- en dienstencentra op te richten in de stad. Het gezondheidscentrum heeft nooit écht prioriteit gehad. De gemeente heeft meer een accomodatiebeleid gevoerd dan een integratiebeleid.

Samenvatting: Hoewel ze zegt veel waarde te hechten aan de totstandkoming van wijkgezondheidscentra en haar beleid er op is gericht initiatieven ter zake te ontplooien, acht de gemeente ook andere vormen van samenwerking met een minder vaste organisatorische en ruimtelijke

structuur van belang. Daartoe wil ze in overleg met het particuliere initiatief een stimulerend en voorwaardenscheppend beleid voeren.
Ter bevordering van een juiste spreiding van de dienstverlening als ook ter stimulering van multidisciplinaire samenwerking staat de ontwikkeling van wijkaccomodaties voor de eerstelijnsgezondheidszorg centraal. Ook ligt er bij de gemeente een voorstel tot subsidiëring van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Verder kan ze gedurende de initiatieffase juridisch-bestuurlijke en organisatorische adviezen verstrekken en secretariaatsondersteuning bieden. De gemeente geeft er de voorkeur aan alle medewerkers in dienstverband te laten functioneren.
Al met al heeft de ontwikkeling van gezondheidscentra geen prioriteit, ook niet in het recent door de gemeente geformuleerde beleid. Centraal staat de vestiging van wijkaccomodaties, van waaruit de verschillende dienstverleners hun praktijk kunnen uitoefenen, in met name achterstandsgebieden en nieuwbouwwijken.
Den Haag bezit reeds een aantal wijkcentra. Naast het verlenen van medische en maatschappelijke diensten hebben deze centra vaak ook nog een ontmoetingsfunctie voor de wijk, waardoor ze meestal grootschalig van opzet zijn. Wil men de voorzieningen zo dicht mogelijk bij de bevolking brengen, dan verdient het aanbeveling ze meer te spreiden over de wijk. De sociaal-culturele voorzieningen kunnen hiertoe worden losgekoppeld van de medische en maatschappelijke dienstverlening, die geconcentreerd wordt in kleinschalig opgezette gezondheidscentra.
Tevens is gebleken dat met uitzondering van het wijk- en dienstencentrum in het Transvaalkwartier geen geformaliseerde samenwerkingen tussen de hulpverleners in deze wijkaccomodaties tot ontwikkeling zijn gekomen.
Wil de gemeente multidisciplinaire samenwerking in met name achterstandsgebieden en nieuwe gebieden stimuleren, dan lijkt het dat ze hierin niet zal slagen door middel van het opzetten van wijkaccomodaties.

4.3. Het beleid van de Amsterdamse Huisartsen Vereniging

Alhoewel de zittende huisartsen in Amsterdam zich in het begin van de jaren zeventig zorgen maken over de opkomst van gezondheidscentra, wijst de Amsterdamse Huisartsen Vereniging (AHV) deze ontwikkeling niet af. Ze probeert te bemiddelen tussen enerzijds de artsen werkzaam in de gezondheidscentra en anderzijds de grote tegenstanders ervan.

Rond 1973 komt de gemeente met de AHV overeen dat Holendrecht als proefgebied voor gezondheidscentra zal worden aangewezen. De AHV staat er "welwillend doch gereserveerd" tegenover.
Momenteel zitten er naast solo-huisartsen ook artsen uit samenwerkingsverbanden in het bestuur van deze vereniging.
De AHV heeft tot nu toe geen initiatieven ontplooid tot oprichting van gezondheidscentra. Dit zal volgens haar waarschijnlijk ook nooit gebeuren. Ze oefent op een aantal wijzen invloed uit op de totstandkoming ervan.

- Via deelname in het bestuur van de SOSEL en de Stichting Gezondheidszorg (voorheen Stuurgroep Gezondheidszorg). De meeste contacten tussen de AHV en de gezondheidscentra zijn gelopen via deze instellingen. Vandaar dat men in enkele centra niet op de hoogte is van het feit dat er tijdens de oprichting van het centrum contact met de AHV is geweest.
- Door middel van de discussies gevoerd rond het vestigingsbeleid. Deze hebben gevolgen voor zowel solo-artsen als voor artsen in gezondheidscentra.
- Via het driemaandelijks overleg tussen het bestuur van de AHV en de wethouder en ambtenaren van de gemeentedienst O.G.Z. Hierdoor worden de meningen over de ontwikkeling van gezondheidscentra beïnvloed.
  Daarnaast heeft de AHV ten behoeve van gezondheidscentrum Osdorp in de ter voorbereiding van dit centrum opgerichte stuurgroep gezeten.
  Alleen bij de opzet van gezondheidscentrum Helmersstraat is ze niet betrokken geweest. Het contact met het Dirk van Nimwegencentrum is moeizaam verlopen. Dit als gevolg van het feit dat de komst ervan problemen heeft opgeroepen bij de reeds in het gebied zittende artsen.
  Met betrekking tot gezondheidscentrum Holendrecht heeft de AHV direct contact met de gemeente gehad in verband met het hierboven vermelde.
  Ze heeft geen invloed uitgeoefend op het door de gemeente gevoerde ruimtelijk beleid voor gezondheidscentra.
  Met het ziekenfonds heeft de AHV tijdens de oprichting van geen enkel centrum contact gehad. Ze hebben elkaar ontmoet in de besturen van de SOSEL en de Stichting Gezondheidszorg, waarin beide vertegenwoordigd zijn.
  Vooruitlopend op het vestigingsbeleid hoopt de AHV de komende twee jaar een beleidsmatige samenwerkingsvorm met de gemeente te realiseren.

Samenvattend kan worden gesproken van een zeer afwachtende doch niet afwijzende houding tegenover gezondheidscentra.

4.4. Het beleid van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging voor 's-Gravenhage en omstreken

De plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV) beschouwt het werken vanuit een gezondheidscentrum als één van de mogelijkheden naast de solo-huisartspraktijk om het huisartsenvak uit te oefenen. Ze vindt dat artsen die vanuit een gezondheidscentrum willen werken, dat zelf moeten regelen en niet de gemeente. Deze laatste is volgens de PHV geneigd overal in de stad centra neer te zetten. Hiermee is ze het niet eens. De gemeente dient volgens haar alleen gezondheidscentra op te zetten in wijken met een tekort aan medische verzorging, de zogenaamde achterstandsgebieden.
De PHV kan zelf initiatieven ontplooien om centra op te zetten, maar doet dat niet. Ze kan de totstandkoming ervan stimuleren door aan de gemeente of solo-artsen, die bezig zijn met de vorming van een gezondheidscentrum, haar medewerking te verlenen.
Op het moment dat de groepspraktijk Transvaal zich aan het ontwikkelen is, kan het Transvaalkwartier worden beschouwd als een achterstandsgebied. De PHV heeft de artsen dan ook meegeholpen bij het verkrijgen van vrijstelling van militaire dienst. Bij de overgang van groepspraktijk naar gezondheidscentrum is de PHV echter niet betrokken geweest.
Bij de oprichting van gezondheidscentrum Nieuw Waldeck is een Projectgroep in leven geroepen, die belast wordt met de vorming van een bestuur. De PHV heeft zitting genomen in zowel de Projectgroep als in het Bestuur. Op een gegeven ogenblik rijzen er echter problemen bij de PHV omtrent de arbeidsvoorwaarden van de bij de stichting in dienst zijnde artsen. De artsen worden daarop niet toegelaten tot de bestaande waarnemingsregelingen, zoals de doktersnachtdienst. De PHV vindt dat de door haar geformuleerde eisen niet naar tevredenheid zijn beantwoord. Omdat ze daarom haar stem niet meer herkent in het gezondheidscentrum, trekt ze zich terug uit het Bestuur.
Via de Projectgroep alsook via het Bestuur van het gezondheidscentrum heeft de PHV contact met de gemeente gehad bij de vorming van gezondheidscentrum Nieuw Waldeck. Of beide ook contact met elkaar hebben gehad met betrekking tot de totstandkoming van gezondheidscentrum Transvaal is onbekend. Verder komen de gemeente en PHV eens per drie maanden

bij elkaar om over knellende problemen in de gezondheidszorg te praten. Dit op initiatief van de PHV. Ze laat tevens weten dat ze geen rol heeft gespeeld bij het door de gemeente gevoerde ruimtelijk beleid ten aanzien van gezondheidscentrum Nieuw Waldeck. De contacten voor dit laatste centrum met de ziekenfondsen zijn eveneens via de Projectgroep en het Bestuur gelopen.
De PHV staat niet afwijzend tegenover een vestigingsbeleid en zegt mee te werken aan de totstandkoming ervan. Ze vindt dat de artsen het zelf moeten doen. Samenwerking met de overheid sluit ze daarbij niet uit.
Samenvattend kan men stellen dat de PHV tot nu toe een nauwelijks stimulerend beleid ten aanzien van de vorming van gezondheidscentra heeft gevoerd. De gemeente dient alleen gezondheidscentra op te richten in achterstandsgebieden.

4.5. Het beleid van de Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen

Een aantal Amsterdamse ziekenfondsen is in 1916 opgegaan in de Bond van Amsterdamse Ziekenfondsen, die later is overgegaan in de Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen (VAZ). Vanuit het bestuur van de VAZ voeren ze een gemeenschappelijk beleid.
In het begin van de jaren zeventig is de VAZ al zeer geïnteresseerd in het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden. Bij de voorbereiding van gezondheidscentrum Osdorp is de behoefte ontstaan aan een projectleider. Zijn/haar taak is gericht op het begeleiden, stimuleren en ondersteunen van samenwerkingsprojecten in de eerste lijn. De VAZ heeft zich bereid getoond een projectleider in dienst te nemen en ter beschikking te stellen aan dat project. Zo is het ook bij nog twee andere projecten gegaan. Bij de oprichting van de SOSEL in 1975 zijn deze projectleiders doorgeschoven naar deze stichting.
De VAZ heeft steeds positief tegenover gezondheidscentra gestaan. Ze zal echter zelf nooit initiatieven ontplooien. Haar beleid is gericht op het scheppen van voorwaarden.
Ze heeft de totstandkoming van gezondheidscentra op vele manieren gestimuleerd:

- door zoals reeds is vermeld projectleiders in dienst te nemen; onder andere ten behoeve van de centra Osdorp en Banne Buiksloot.
- via het meebesturen en meefinanciëren van de SOSEL en de Stichting Gezondheidszorg (voorheen de Stuurgroep Gezondheidszorg voor de Zuidoostlob).

- door het verlenen van bestuurlijke steun bij de oprichting van centra. Bij het Dirk van Nimwegencentrum heeft ze in het bestuur van de voorbereidingsstichting gezeten, bij gezondheidscentrum Osdorp in de stuurgroep en later in het stichtingsbestuur en bij gezondheidscentrum Holendrecht in de voorbereidingsgroep en naderhand in het bestuur van de stichting.
- door middel van financiële steun. Met uitzondering van de gezondheidscentra Helmerstraat en Kraaiennest hebben alle centra financiële steun genoten: via een voorschotfinanciëring aan het centrum in opbouw, via een garantiestelling voor een lening en vooral via dekking van de exploitatietekosten. Dit laatste onder voorbehoud van een uiteindelijke goedkeuring van de Ziekenfondsraad.
- door samen met het gezondheidscentrum, na goedkeuring van haar begroting, naar de Ziekenfondsraad te stappen voor een financiële tegemoetkoming.

Tijdens de oprichting van de centra Dirk van Nimwegen, Holendrecht en Banne Buiksloot heeft de VAZ contact gehad met de gemeente (afdeling OGZ). Voor een groot deel hebben deze contacten betrekking gehad op de financiering van de centra en op het oplossen van gerezen problemen. Ten behoeve van het Dirk van Nimwegencentrum heeft ze de tijdelijke accomodatie meegefinancierd. Bij het door de gemeente gevoerde ruimtelijk beleid ten aanzien van de gezondheidscentra heeft de VAZ geen rol gespeeld. Ze heeft alleen ondersteuning gegeven aan de gemeente bij het onttrekken van de tijdelijke accomodatie voor gezondheidscentrum Banne Buiksloot aan de woonbestemming. Rechtstreekse contacten met de AHV zijn er niet geweest.

De VAZ staat positief tegenover een vestigingsbeleid. De AHV, het gemeentebestuur en de VAZ dienen gezamenlijk te streven naar een wettelijk kader, waarbinnen een vestigingsbeleid kan worden gevoerd.

Samenvattend kan worden gesproken van een actief stimulerend beleid. Ze heeft de gezondheidscentra gesteund door het leveren van bestuurlijke inbreng en financiële hulp. Vóór de oprichting van de SOSEL heeft ze zelfs projectleiders in dienst genomen ten behoeve van de ontwikkeling van enkele gezondheidscentra.

4.6. Het beleid van de Haagse ziekenfondsen

In Den Haag kan men een tweetal ziekenfondsen onderscheiden, te weten het AZIVO (Algemeen Ziekenfonds de Volharding) en het Algemeen Ziekenfonds Haaglanden. Beide ziekenfondsen hebben een gezamenlijk overlegorgaan gevormd: de Haagse Ziekenfondsraad. Het doel hiervan is te komen tot uniforme standpunten over een aantal gezamenlijke problemen.
De ziekenfondsen hebben naar eigen zeggen vanaf het begin van de jaren zeventig steeds positief gestaan tegenover gezondheidscentra. Men is geneigd aldus het Ziekenfonds Haaglanden mee te denken over de ontwikkeling van gezondheidscentra, alhoewel men zich realiseert dat het moeilijk is met name in de bestaande stadsdelen met hun reeds lang gevestigde structuur. De nieuwe wijken bieden meer mogelijkheden.
Het AZIVO is echter de mening toegedaan dat het niet zo moet zijn dat de consument een gezondheidscentrum krijgt opgedrongen, zoals in Nieuw Waldeck. Het moeten gezondheidscentra zijn die duidelijk zijn gericht op de belangen van de consument. Een gezondheidscentrum is in de ogen van de AZIVO-bestuur slechts waardevol indien het:

- wordt opgericht in nauw overleg met de bevolking van de wijk;
- een zodanige bestuurssamenstelling heeft dat de gebruikers een directe en aanzienlijke invloed hebben op het te voeren beleid;
- overheid en onderling beheerde ziekenfondsen bij het bestuur worden betrokken;
- de in het centrum gevestigde artsen en andere hulpverleners in loondienst heeft;
- voor niet in het centrum te vestigen hulpverleners gebruik wordt gemaakt van in loondienst van ziekenfondsen werkzame hulpverleners;
- over een door het bestuur aan te stellen verantwoordelijke management/leiding beschikt. (Deze kan eventueel aan meer centra verbonden zijn.) (AZIVO, 1977)

De Haagse Ziekenfondsraad heeft tot nu toe geen initiatieven ontplooid tot het oprichten van centra. Volgens het Algemeen Ziekenfonds Haaglanden is de totstandkoming van gezondheidscentra via de Haagse Ziekenfondsraad gestimuleerd langs de volgende wegen:

- door zitting te nemen in projectgroepen en (voorlopige) besturen;
- financieel door middel van subsidies en aanloopleningen, waarmee het hiaat tussen kosten en opbrengsten kan worden opgevuld.

Het AZIVO noemt ter stimulering: het bij de gemeente aandringen op de ontwikkeling van gezondheidscentra; het via de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen aandacht vragen voor deze ontwikkeling; publicaties in eigen blad "AZIVO Nieuws"; het onderhouden van contacten met wijkberaden om zo te achterhalen wat onder de bevolking leeft. Volgens het AZIVO zijn de directe mogelijkheden gering, daar men dan onmiddellijk in moeilijkheden geraakt met de gevestigde artsen.
De contacten tussen de ziekenfondsen en de bestaande gezondheidscentra zijn voornamelijk gelopen via de Haagse Ziekenfondsraad. Met het gezondheidscentrum Transvaal zijn nauwelijks contacten geweest. Bij de oprichting van het centrum in Nieuw Waldeck heeft een vertegenwoordiger van de Haagse Ziekenfondsraad in de Projectgroep en later in het Voorlopig Bestuur plaatsgenomen. Bovendien is 25% van de exploitatietekorten vergoed door deze raad en heeft het Algemeen Ziekenfonds Haaglanden begin 1979 een lening verstrekt onder andere ter financiëring van de verbouwing en inrichting van de tijdelijke huisvesting van dit centrum.
In genoemde Projectgroep is de Haagse Ziekenfondsraad in contact getreden met zowel de gemeente als de PHV. Met de gemeente heeft ze van gedachten gewisseld over de door haar ontwikkelde ideeën betreffende de opzet en geografische begrenzing voor het centrum, gewenste disciplines en de samenstelling van het bestuur. Eveneens is de Haagse Ziekenfondsraad door haar vertegenwoordiging in de Projectgroep zijdelings betrokken geweest bij de plaatsbepaling van het definitieve centrum alsook bij het onttrekken van de tijdelijke accomodatie aan de woonbestemming.
Beide ziekenfondsen staan positief tegenover een vestigingsbeleid. Volgens het AZIVO dient de gemeente een dergelijk beleid te voeren. Het Algemeen Ziekenfonds Haaglanden daarentegen is voorstander van een uniform landelijk vestigingsbeleid. Het dient gevoerd te worden door de overheid in overleg met de belangengroeperingen.
Samenvattend: ondanks het feit dat beide ziekenfondsen één overlegorgaan hebben gecreëerd, heeft men in Den Haag toch te maken met twee ziekenfondsen met uiteenlopende visies ten aanzien van gezondheidscentra.
Zo richt het AZIVO zich bijvoorbeeld vooal op de belangen van de consument en stelt onder andere als eis het in loondienst zijn van de hulpverleners. Bij het verlenen van financiële steun zal aan de door haar gestelde eisen moeten zijn voldaan. Dit verschil in visie zal het bereiken van overeenstemming over de financiëring van gezondheidscentra via de Haagse Ziekenfondsraad niet bevorderen.

Aan het gezondheidscentrum Nieuw Waldeck hebben beide ziekenfondsen via de Haagse Ziekenfondsraad steun verleend. Daarnaast heeft dit centrum nog een lening van het Algemeen Ziekenfonds Haaglanden ontvangen.

4.7. Conclusie

Kenmerkend voor de Amsterdamse situatie is het actief stimulerend beleid van zowel de gemeente als de VAZ. Beide staan reeds vanaf het begin van de jaren zeventig zeer positief tegenover gezondheidscentra dan wel multidisciplinaire samenwerking in het algemeen.
De gemeente heeft in 1976 een eigen financiële regeling ten behoeve van multidisciplinaire samenwerking in het leven geroepen en in haar stedebouwkundige plannen zoals het Structuurplan van 1974 en bestemmingsplannen ruimten gereserveerd voor gezondheidscentra. In de tweede helft van de jaren zeventig neemt ze alleen ruimte in deze bestemplannen op voor gezondheidscentra van beperkte omvang.
Ten behoeve van de tijdelijke accomodaties voor de gezondheidscentra heeft ze meestal toestemming verleend om tijdelijk flats te onttrekken aan de woningvoorraad. Daarnaast subsidieert ze evenals de VAZ de SOSEL.
De VAZ heeft niet alleen steun verleend in financiële en bestuurlijke zijn. Vóór de oprichting van de SOSEL heeft ze projectleiders in dienst genomen ten behoeve van enkele gezondheidscentra.
De gemeente Den Haag heeft pas aan het eind van de jaren zeventig haar standpunten ten aanzien van gezondheidscentra kenbaar gemaakt. In haar beleid richt ze de aandacht niet alleen op gezondheidscentra; ook andere, minder vast gestructureerde samenwerkingsvormen acht ze van belang. Centraal staat het vestigen van wijkaccomodaties met name in achterstandsgebieden en daarnaast in nieuwe wijken.
Ter stimulering van haar beleid heeft ze voorts een voorstel tot subsidiëring van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden ontwikkeld en stelt ze juridisch-bestuurlijke adviezen en secretariaatsondersteuning ter beschikking.
Het tot sinds kort ontbreken van een geëxpliciteerde beleidsvisie van de gemeente Den Haag hangt mogelijk samen met het politieke klimaat aldaar in de afgelopen tien jaar. Het beleid is namelijk al die tijd bepaald door CDA en VVD. In Amsterdam heeft men steeds een "linkse" wethouder en een "linkse" meerderheid in de gemeenteraad gehad.

Wat de ziekenfondsen betreft heeft men in Den Haag te maken met twee ziekenfondsen met uiteenlopende visies, het Algemeen Ziekenfonds Haaglanden en het ziekenfonds AZIVO. Ze hebben wel een overlegorgaan gevormd, De Haagse Ziekenfondsraad, maar voeren geen gemeenschappelijk beleid. Dit heeft ertoe geleid dat gezondheidscentrum Nieuw Waldeck niet alleen financiële steun heeft gekregen van deze raad, maar daarnaast ook nog een lening van het Algemeen Ziekenfonds Haaglanden.
In beide steden hebben de plaatselijke huisartsen verenigingen zich niet actief ingelaten met de vorming van de gezondheidscentra.

5. DE RUIMTELIJKE ONTWIKKELING VAN AMSTERDAM RESPECTIEVELIJK DEN HAAG IN DE ZIN VAN STADSVERNIEUWING EN -UITBREIDING.

5.1. Stadsvernieuwing en stadsuitbreiding van Amsterdam en Den Haag vanaf 1970

In bestaande wijken onbreekt veelal de ruimte respectievelijk de accomodatie voor een gezondheidscentrum. Bovendien heeft men er te maken met reeds gevestigde hulpverleners. Het opzetten van een gezondheidscentrum in dergelijke gebieden wordt hierdoor bemoeilijkt. Het startproces van een gezondheidscentrum komt gemakkelijker van de grond in nieuwbouwwijken, waar nog geen hulpverleners aanwezig zijn. Ook is het denkbaar dat in stadsvernieuwingsgebieden, waar ruimte vrijkomt als gevolg van sloopactiviteiten, de mogelijkheden van vestiging van gezondheidscentra worden verruimd.

In dit deel van het onderzoek gaat het erom in hoeverre het geconstateerde verschil in ontwikkeling van gezondheidscentra tussen Amsterdam en Den Haag kan worden verklaard door het feit dat er in Amsterdam de afgelopen tien jaar een actiever stadsvernieuwingsbeleid is gevoerd en/of dat deze stad zich meer binnen eigen gemeentegrenzen heeft kunnen uitbreiden dan Den Haag.

Het is gebleken dat van de tien gezondheidscentra in Amsterdam en Den Haag er slechts één midden in een stadsvernieuwingsgebied ligt, namelijk het in de Kinkerbuurt in Amsterdam gelegen Dirk van Nimwegencentrum. Gezondheidscentrum Transvaal in Den Haag is weliswaar gesitueerd in een zogenaamd aandachtsgebied (zie bijlage 1), maar maakt geen onderdeel uit van een stadsvernieuwingsproject.

Daar het aantal in stadsvernieuwingsgebieden ontwikkelde gezondheidscentra in Amsterdam zo minimaal is, heeft het geen zin om verschillen in stadsvernieuwingsactiviteiten tussen beide steden te gaan opsporen. Ook al zou Amsterdam een actiever stadsvernieuwingsbeleid hebben gevoerd, dan nog heeft het geen bijdrage geleverd aan het feit dat er méér gezondheidscentra tot ontwikkeling zijn gekomen dan in Den Haag.

Het merendeel van de gezondheidscentra is tot ontwikkeling gekomen in nieuwbouwwijken. In Amsterdam zijn maar liefst vijf van de acht centra in nieuwbouw gelegen. Het is dus wel zinvol na te gaan of Amsterdam méér uitbreidingsmogelijkheden binnen de eigen gemeentegrenzen heeft gehad dan Den Haag.

Beide steden zijn geconfronteerd met een dalend inwonertal tussen 1 januari 1971 en 1 januari 1980 (zie tabel 1). Relatief gezien is deze afname het

grootst voor Den Haag en wel 15,02%. Dit kan een aanwijzing zijn voor het feit dat Den Haag voor haar uitleg meer op het buitengebied gericht is dan Amsterdam.

Tabel 1: De bevolking van Amsterdam respectievelijk Den Haag op 1 januari 1971 en op 1 januari 1980.

	aantal inwoners		daling	
	1 januari 1971	1 januari 1980	absoluut	in %
Amsterdam	820.406	716.919	103.487	12,61
Den Haag	537.643	456.886	80.757	15,02

Bron: CBS, Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1971 respectievelijk 1980.

Uit gegevens van de gemeente Den Haag is gebleken dat de belangrijkste uitbreidingsgebieden in de onderzoeksperiode de wijken Kraayenstein, Nieuw Waldeck en Houtwijk zijn geweest. Deze nieuwbouwwijken maken alle deel uit van een volkstellingsblok*, waarin reeds een aantal woningen aanwezig is op het moment dat met de nieuwbouw wordt begonnen.
In Nieuw Waldeck staan bij de start van de nieuwbouw reeds zo'n 600 woningen en in Houtwijk 676. Het gebied Kraayenstein is in de jaren 1974 tot en met 1977 vol gebouwd en omvat circa 1720 woningen. In Nieuw Waldeck is in 1976 gestart met de nieuwbouw en zijn tot en met 1979 964 woningen opgeleverd. In totaal zullen in dit gebied ongeveer 2870 woningen worden gebouwd, welke omstreeks 1983 voltooid zullen zijn. Houtwijk is het jongste uitbreidingsgebied. In 1979 zijn er de eerste 130 woningen neergezet. Tot omstreeks 1985 zullen er zo'n 4025 gerealiseerd worden.
Tot nu toe hebben deze wijken 2813 nieuwe woningen geleverd. Het aantal inwoners is in deze drie wijken tesamen toegenomen met 7261. In tabel 2 wordt het aantal nieuw opgeleverde woningen evenals de toename van het aantal inwoners per jaar weergegeven.

* Een volkstellingsblok is de kleinste statistisch geografische eenheid, die momenteel in Den Haag wordt gehanteerd.

Tabel 2: Het aantal nieuw opgeleverde woningen en de toename van de bevolking per jaar vanaf 1975 voor Kraayenstein, Nieuw Waldeck en Houtwijk.

Jaartal per 1 januari	nieuw opgeleverde woningen			toename bevolking		
	Kraayen-stein	Nieuw Waldeck	Hout-wijk	Kraayen-stein *	Nieuw Waldeck	Hout-wijk
1975	109			433		
1976	723			1857		
1977	635	74		1584	76	
1978	252	83		407	218	
1979	0	440		-5	1328	
1980	0	367	130	-73	965	471
Totaal	1719	964	130	4203	2587	471

Bron: Gemeentelijke Dienst voor de Stadsontwikkeling, 's-Gravenhage.

Voor Amsterdam is de Bijlmermeer bevattende de Bijlmermeer, Gaasperdam en Driemond het belangrijkste uitbreidingsgebied geweest in de afgelopen tien jaar. Met de bouw ervan is gestart rond 1966 en in 1970 zijn er 1913 woningen gerealiseerd.Tussen 1 januari 1970 en 1 januari 1979 zijn er maar liefst 17.614 woningen bijgekomen (Bureau van Statistiek, 1974 en 1979). De bevolking is in dezelfde periode toegenomen van 17.847 inwoners tot 48.863 inwoners (Bureau van Statistiek, 1971 en 1979). Daarnaast is er nog een aantal woningen tot stand gekomen in de twee in Amsterdam Noord gelegen tuinsteden Banne Buiksloot en Buikslotermeer en wel 2980 respectievelijk 1008 woningen. Het aantal inwoners is hier toegenomen met 7309 respectievelijk 3321.

* Hierbij zit ook de toename van de bevolking van Madestein. Daar Kraayenstein samen met Madestein een volkstellingsblok vormt, zijn deze gegevens niet voor beide gebieden afzonderlijk bekend. Omdat de woningvoorraad voor Madestein tussen 1970 en 1980 van 144 tot 221 woningen is toegenomen, zal ze slechts een klein deel van de toename van de bevolking voor haar rekening nemen.

Conclusie: Alhoewel Amsterdam ook te maken heeft gehad met een daling van haar inwonertal vanaf 1971, is deze daling voor Den Haag relatief veel sterker geweest. Het is duidelijk geworden dat Amsterdam zich veel meer binnen eigen gemeentegrenzen heeft kunnen uitbreiden dan Den Haag, met name in de Bijlmermeer en in mindere mate in enkele wijken van Amsterdam Noord. Dit heeft mogelijkheden geschapen voor het opzetten van gezondheidscentra. In deze nieuwbouwwijken zijn dan ook vier gezondheidscentra tot stand gekomen: drie in de Bijlmermeer en een in Banne Buiksloot. In Den Haag is alleen in Nieuw Waldeck een centrum gevestigd. In Houtwijk treft men voorbereidingen om een gezondheidscentrum op te richten.

Ten behoeve van de vergelijkbaarheid met Amsterdam is het nuttig om even de administratieve grens van Den Haag te overschrijden en "Groot Den Haag" in beschouwing te nemen. Daar het uit practische overwegingen niet mogelijk is alle suburbs te bekijken, zal er uitsluitend gekeken worden naar Zoetermeer. Uit tabel 3 blijkt namelijk dat deze plaats voor de overloop van Den Haag vanaf 1970 een zeer belangrijke rol heeft vervuld.

Tabel 3: Vestigingsoverschot uit Den Haag in de omliggende gemeenten vanaf 1970 tot 1978.

Jaar	Zoetermeer	Rijswijk	Voorburg	Leidschendam
1970	2.300	1.013	395	758
1971	1.798	1.482	358	383
1972	4.210	1.557	765	353
1973	4.024	1.354	1.582	367
1974	2.698	2.123	1.159	429
1975	2.789	1.324	1.280	825
1976	2.474	424	799	197
1977	1.921	593	522	37
1978	3.122	546	422	172
Totaal	25.336	10.416	6.944	3.521

Bron: Gemeentelijke Dienst voor Stadsontwikkeling, 's-Gravenhage.

In het volgende deel van dit hoofdstuk zal kort worden ingegaan op de vraag in hoeverre er in Zoetermeer sprake is van een voortzetting van het "Haagse gemeentebeleid".

5.2. Het gemeentebeleid ten aanzien van gezondheidscentra in Zoetermeer

In de verstedelijkingsnota is een aantal groeikernen aangewezen met een vernieuwde of verhoogde taakstelling, waaronder Zoetermeer. Deze stad dient de groei van Den Haag op te vangen. Ze heeft dan ook een aanzienlijke groei doorgemaakt van 20.683 inwoners in 1971 tot 63.832 inwoners in 1980; dat wil zeggen een groei van ruim 300%.
Ook hier kan het door de gemeente gevoerde beleid een belangrijke rol hebben gespeeld bij het tot stand komen van gezondheidscentra. Het beleid in Zoetermeer is in de onderzoeksperiode bepaald door CDA en VVD (CBS, 1971, 1975, 1979).
In 1973 heeft de gemeente Zoetermeer haar ideeën over de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening neergelegd in een nota*, die zeer vrijblijvend van karakter is. Als uitgangspunten worden gehanteerd: integratie van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en verschuiving van de tweede naar de eerste lijn. Het streven wordt er op gericht in elke wijk een gezondheidscentrum tot stand te brengen, waarin een geïnstitutionaliseerde vorm van samenwerking en een zekere taakverdeling wordt ontwikkeld. Instrumenten waarmee het een en ander bereikt kan worden, ontbreken in deze nota. De kans van slagen hangt grotendeel af van de bereidheid van de op deze terreinen werkzame instellingen, alsmede de hulpverleners.
Tot 1 juli 1980 is er slechts één gezondheidscentrum tot stand gekomen: gezondheidscentrum Meerzicht, gelegen in een nieuwbouwwijk. Het is een uitgebreid centrum waarin momenteel 6 disciplines werkzaam zijn en in totaal 24 hulpverleners en dat sinds 1977 definitief gehuisvest is in een speciaal ontworpen nieuw gebouw.
Op datzelfde moment zijn er echter plannen voor oprichting van nog twee centra in een ver gevorderd stadium, zodat Zoetermeer binnen niet al te lange tijd drie gezondheidscentra zal tellen.
Wordt "Groot Den Haag" in beschouwing genomen, dan kan men constateren dat de verschillen tussen Amsterdam en Den Haag binnenkort aanzienlijk kleiner zullen zijn en dat nieuwbouwmogelijkheden binnen eigen gemeentegrenzen een belangrijke verklarende variabele is voor het geconstateerde verschil tussen Amsterdam en Den Haag.

* Gemeente Zoetermeer, Nota gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, Zoetermeer 1973.

6. ORGANISATIE PRAKTIJKUITOEFENING EN ANDERE VERKLARENDE FACTOREN

6.1. Organisatie van de praktijkuitoefening in Amsterdam en Den Haag

Een andere verklaring voor de geconstateerde verschillen in ontwikkeling tussen Amsterdam en Den Haag kan worden gezocht in het feit dat in Den Haag op 1 juni 1980 slechts 32% van de huisartsen vanuit één praktijkadres opereert en 68% vanuit twee of meer praktijkadressen (zie bijlage 1). Het op elkaar afstemmen van de werkgebieden der samenwerkende hulpverleners wordt door dit laatste practisch onmogelijk gemaakt. Wanneer een huisarts op twee of meer plaatsen praktijk uitoefent, heeft hij kleinere patiëntenbestanden verspreid over meerdere wijken in de stad. Deze bestanden zullen nooit overlappen met die van bijvoorbeeld de maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen in die wijken.
Voor Amsterdam zijn deze cijfers berekend aan de hand van gegevens van de VAZ over het tweede kwartaal van 1980 en bedragen 97% en 3%.

6.2. Mogelijke andere oorzaken ter verklaring van het verschil tussen Amsterdam en Den Haag.

a) In de eerste plaats kan worden gewezen op de aanwezigheid van de Stichting Ontwikkeling Samenwerkingsverbanden in de Eerste-Lijnsgezondheidszorg (SOSEL) en de Stichting Gezondheidszorg in Amsterdam.

. De SOSEL is in 1975 opgericht, nadat in het eindrapport van de Werkgroep Wijkgezondheidscentra (zie paragraaf 4.1.) de suggestie is geopperd om een onafhankelijke stichting te maken die de activiteiten op het gebied van samenwerking in de eerste lijn moet begeleiden en stimuleren. Ze heeft een breed samengesteld algemeen bestuur en wordt grotendeels gesubsidieerd door de gemeente en de VAZ (ieder voor 40%). De resterende 20% komt van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de Provincie Noord Holland en van particuliere Ziektekostenverzekeraars.
Ze stelt zich ten doel: het coördineren en stimuleren van initiatieven tot het oprichten van centra en andere multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg, het begeleiden van beginnende samenwerkingsverbanden en het begeleiden van veranderingsprocessen die tot oprichting van dergelijke samenwerkingsverbanden kunnen leiden.

Hiertoe stelt de SOSEL onder andere deskundigheid ter beschikking, treft bestuurlijke en financiële voorzieningen en verricht zonodig onderzoek.

. De Stichting Gezondheidszorg (SGZ) heeft zich ontwikkeld uit de in 1970 ontstane Stuurgroep, die losse initiatieven of organisaties op het gebied van samenlevingsopbouw, gezondheidszorg en bouw van niet-commerciële voorzieningen hechter aaneen wilde gaan smeden en op nieuwe leest schoeien. Het algemene doel van de SGZ laat zich omschrijven als een streven naar samenhang en samenwerking binnen de gehele als proces opgevatte gezondheidszorg: een integrale gezondheidszorg. De leidende gedachte daarbij is dat een ruim gedefinieerde gezondheidszorg, waarin "alles met alles samenhangt", de werkopvattingen van hulpverleners zal verbreden en verdiepen.
Een belangrijk nevendoel is het opsporen van hiaten in de gezondheidszorg en het scheppen van voorwaarden om deze "witte plekken" te vullen met voorzieningen die optimaal in de bestaande hulpverlening zijn geïntegreerd.
Een derde doelstelling die richting geeft aan het SGZ-handelen is het bevorderen van gebruikersinvloed op en betrokkenheid bij de gezondheidszorg.
De werkwijze van de SGZ: de SGZ bevordert overleg in velerlei vorm en buigt zich over stedebouwkundige en planologische aangelegenheden om een zo leefbaar mogelijk milieu te helpen creëren. Een integrale of samenhangende gezondheidszorg is gebaat bij het dichten van onaanvaardbare kloven. Onnodige afstand tussen overheid en hulpverleners enerzijds en de burgers, gebruikers anderzijds, staat welzijnsbeleving in de weg. Kloven tussen verschillende echelons binnen de gezondheidszorg zijn evenzeer heilloos. Vandaar dat de SGZ de eerste lijn en de meer gespecialiseerde dienstverlening van de tweede lijn ook beter op elkaar wil laten aansluiten.
De SGZ probeert door onderling overleg een door allen onderschreven en beargumenteerd gezondheidszorgbeleid te formuleren (SGZ, Jaarverslagen 1977/1978 en 1979).
Het verschil met de SOSEL zit hem in het feit dat de SOSEL zich uitsluitend richt op de eerste lijn en werkt op stedelijk niveau. De Stichting Gezonheidszorg daarentegen richt zich op de totale gezondheidszorg en werkt op stadsgedeelte niveau.

b) Tevens bezit Amsterdam twee medische faculteiten. Bij de beschrijving van de initiatieven tot oprichting van gezondheidscentra zal blijken dat er in Amsterdam twee initiatieven zijn ontplooid door deze faculteiten.

Daarnaast leveren deze universiteiten jaarlijks een aantal jonge artsen, die voor een deel in Amsterdam blijven zitten. Het is namelijk bekend dat artsen de neiging hebben zich hetzij in de buurt van hun universiteitsstad, hetzij in de buurt waar ze zijn opgegroeid te vestigen.
Deze jonge artsen staan meer open voor vernieuwingen, zoals bijvoorbeeld het werken vanuit een gezondheidscentrum, dan de reeds lang gevestigde huisartsen.

c) Tot slot kan nog worden gewezen op het feit dat in Amsterdam de kruisverenigingen gefuseerd zijn in de Stichting Samenwerkende Amsterdamse Kruisverenigingen (SSAK). In Den Haag daarentegen functioneren de twee plaatselijke kruisorganisaties, het Groene Kruis en het Oranje Groene Kruis, nog naast elkaar.

7. DE INITIATIEVEN TOT VORMING VAN DE GEZONDHEIDSCENTRA IN AMSTERDAM EN DEN HAAG

In dit hoofdstuk zal een antwoord worden geformuleerd op de vraag wie het initiatief tot oprichting van de diverse gezondheidscentra heeft genomen.

7.1. De initiatieven in Amsterdam

Alhoewel uit de interviews met de gezondheidscentra is gebleken dat alle centra op hun eigen wijze zijn ontstaan, kunnen er in Amsterdam toch drie soorten initiatieven worden onderscheiden: hulpverlenersinitiatieven, initiatieven van buurt- of wijkopbouworgaan in samenwerking met bewoners, en een initiatief van de Stichting Holendrecht in samenwerking met de gemeente.

I. De hulpverlenersinitiatieven vormen de belangrijkste groep en kunnen weer worden onderverdeeld in een drietal subgroepen.

- Initiatieven van de huisartseninstituten van de universiteiten.
  De gezondheidscentra Helmerstraat en Osdorp zijn op deze manier ontstaan.
  Het eerstgenoemde centrum is het resultaat van een faculteitsbesluit in 1968 van de medische faculteit van de Gemeente Universiteit (G.U.), berustend op een rapport van Prof. Polak, die op dat moment belast was met het opzetten van de huisartsgeneeskunde.
  Ter uitwerking van zijn plan heeft Prof. Polak contact gelegd met een huisarts, die nu als zodanig werkzaam is in dit gezondheidscentrum en die het initiatief verder heeft uitgedragen. Belangrijke steun hierbij is verleend door de directie van het academisch ziekenhuis (Wilhelmina Gasthuis) die een gebouw ter beschikking heeft gesteld en heeft laten verbouwen ten behoeve van dit gezondheidscentrum.
  Gezondheidscentrum Osdorp is ontstaan vanuit een initiatief van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit (V.U.).
  Ter voorbereiding van het centrum is een stuurgroep in het leven geroepen, waarin onder andere de GG en GD, de VAZ, de plaatselijke kruisvereniging, de instelling voor maatschappelijk werk, de Amsterdamse Huisartsen Vereniging (A.H.V.), de wijkcommissie Osdorp, de buurtcommissie de Punt, het Huisartsen Instituut van de V.U. en iets later de hulpverleners zijn vertegenwoordigd. De V.A.Z. heeft voor dit centrum een projectleider in dienst genomen.

De wijk- en buurtcommissie hebben bij de vorming van dit gezondheidscentrum een zeer belangrijke rol gespeeld. In grote steden heeft de regering op een gegeven moment aan de bewoners van bepaalde wijken geld ter beschikking gesteld voor algemene voorzieningen. Osdorp is zo'n wijk en de bewoners hebben bij stemming in 1973 ƒ300.000 bestemd voor de oprichting van het gezondheidscentrum.

- Initiatieven van huisartsen.

  Gezondheidscentrum Bos en Lommer is ontstaan op initiatief van twee huisartsen, die in het begin van de jaren zeventig nog geen praktijk hadden en de wens te kennen gaven te willen werken vanuit een gezondheidscentrum.
  In 1972 zijn ze in de gelegenheid gesteld twee dicht bij elkaar gelegen solo-huisartspraktijken over te nemen, die na korte tijd zijn samengevoegd en uitgebreid tot gezondheidscentrum. Het initiatief is helemaal door de hulpverleners gedragen met financiële steun van het ziekenfonds.
  Een soortgelijk initiatief van twee huisartsen (in 1975) heeft geleid tot de oprichting van gezondheidscentrum Nellestein.
  Dit initiatief is hoofdzakelijk aangedragen door beide huisartsen. Belangrijke steun hierbij hebben ze ondervonden van de Stuurgroep Gezondheidszorg, die de administratie op zich heeft genomen, ruimte beschikbaar heeft gesteld voor allerlei activiteiten in deze voorbereidingsfase en tijdelijk een projectleider ten dienste van dit centrum heeft gesteld. Bij de oprichting van de SOSEL heeft deze een projectleider geleverd.

- Een initiatief van de GG en GD.

  De GG en GD die in het gebied Kraaiennest in de Bijlmermeer werkzaam is ten behoeve van de baby- en kleuterzorg, heeft rond 1973 behoefte aan méér ruimte en zich daartoe tot de reeds eerder genoemde Stuurgroep Gezondheidszorg gewend. Op dat moment is al duidelijk dat er in deze wijk méér hulpverleners krap in ruimte zitten. Deze stuurgroep heeft dit initiatief verder uitgedragen en de aandacht in de reeds bestaande contacten tussen haar en onder andere de gemeente, de V.A.Z., de bewoners en de hulpverleners gericht op het opzetten van een gezondheidscentrum.

II. Als tweede, in aantal kleinere maar zeker niet minder belangrijke groep zijn de initiatieven van buurt- of wijkopbouworgaan in samen-

werking met bewoners te noemen. Twee centra zijn als resultaat van een dergelijk initiatief ontstaan.
Het Dirk van Nimwegencentrum is ontstaan uit een initiatief van de Sociaal Medische Werkgroep van het Wijkopbouworgaan Oud-West. Deze werkgroep bestaat uit enkele buurtbewoners en uit beroepskrachten in de gezondheids- en welzijnszorg. Uit onvrede met de bestaande situatie zijn rond 1975 ideeën ontwikkeld om te komen tot een geïntegreerd sociaal-medisch-cultureel voorzieningenpakket, dat in één of meer centra kan worden geconcentreerd. Tegelijkertijd is de gemeente gekomen met een aanbod aan het Wijkopbouworgaan om een bestemming te geven aan het benedenhuis van een nieuw te bouwen blok woningen in de straat waar thans het gezondheidscentrum ligt. Wegens gebrek aan voldoende zon blijkt deze onderetage niet geschikt te zijn voor bewoning. Ze krijgt de bestemming "medische en maatschappelijke dienstverlening".
Vervolgens is een werkgroep in het leven geroepen ter voorbereiding van dit wijkwelzijnscentrum, die later is omgezet in een Stichting van genoemd centrum. Er hebben talloze gesprekken met de gemeente en de V.A.Z., met instellingen in de gezondheids- en welzijnszorg, met buurtorganisaties, met architecten en aannemers plaatsgevonden.
Het initiatief voor gezondheidscentrum Banne Buiksloot is afkomstig van de bewoners van de wijk Banne I samen met de buurtopbouwwerker. De wijk Banne II is op dat moment nog in aanbouw. De bewoners streven ernaar van deze laatste wijk een leefbaarder wijk te maken dan hun eigen wijk. Een gezondheidscentrum kan volgens hen hiertoe bijdragen. In 1974 is een werkgroep in het leven geroepen, die zich met de medische, sociale en culturele voorzieningen voor deze wijk moet bezighouden. Bij de komst van de eerste bewoners in de wijk Banne II dienen deze mee te gaan draaien in de werkgroep. Het initiatief is meegedragen door een projectleider van de SOSEL. Via hem zijn de contacten met onder andere de gemeente, de V.A.Z. en de A.H.V. gelegd.
De bewonerswerkgroep heeft in 1977 een stichting ten behoeve van dit gezondheidscentrum in het leven geroepen. Bewoners en afgevaardigden van de gezondheids- en welzijnszorg hebben zitting in het bestuur.

III. Het initiatief voor gezondheidscentrum Holendrecht vertoont geen overeenkomsten met welk initiatief dan ook. Dit centrum is het resultaat van een initiatief van de Stichting Holendrecht, een overkoepelende stichting van zes woningbouwverenigingen, in samenwerking met de gemeente. Er is door hen een projectleider aangesteld om de sociale,

culturele en medische voorzieningen te coördineren. Hij heeft contacten gelegd met onder andere enkele "kritische" artsen, die deel uit maken van de Bond van Wetenschappelijke Arbeiders, en de Stuurgroep Gezondheidszorg. Deze laatste heeft het initiatief verder uitgedragen en een coördinator aangesteld.

7.2. De initiatieven in Den Haag

Tot zover de initiatieven in Amsterdam. De aandacht zal nu worden gericht op de twee Haagse initiatieven: een hulpverlenersinitiatief en een initiatief van de gemeente.

- Het oudste gezondheidscentrum Transvaal heeft zich ontwikkeld vanuit een reeds vanaf 1967 bestaande groepspraktijk, ondergebracht in één van de voor Den Haag typerende wijk- en dienstencentra. De komst van de voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra heeft een aantal hulpverleners in dit wijk- en dienstencentrum ertoe aangezet om een gezondheidscentrum te gaan vormen.
- Gezondheidscentrum Nieuw Waldeck is ontstaan als gevolg van een gemeente-initiatief. In dezelfde periode is er een Amsterdamse Werkgroep bestaande uit een aantal hulpverleners die op zoek is naar een plaats voor een gezondheidscentrum, waarbij ze in contact is gekomen met de gemeente Den Haag. In 1977 heeft de gemeente een Projectgroep ingesteld, waarin een aantal instellingen en organisaties op het terrein van de eerstelijns gezondheidszorg alsmede de gemeente vertegenwoordigd is, met als taak een bestuur te vormen voor een gezondheidscentrum in Nieuw Waldeck en dit bestuur te adviseren en zo nodig te begeleiden inzake de personele bezetting van het centrum en de financieringsmogelijkheden, alsmede inzake de accomodatie. Alle contacten met onder andere de plaatselijke huisartsen vereniging, hulpverleners, ziekenfondsen en gemeente zijn gelopen via het in 1978 ingestelde Voorlopig Bestuur.

Samenvattend kan worden gesteld dat het merendeel van de gezondheidscentra is ontwikkeld op initiatief van hulpverleners. In Amsterdam zijn vijf van de acht en in Den Haag is één gezondheidscentrum op deze manier ontstaan. Er is een verschil tussen beide steden namelijk in Amsterdam komen twee van deze initiatieven voor rekening van de daar aanwezige medische faculteiten; in Den Haag ontbreekt een dergelijke faculteit.

Verder hebben twee gezondheidscentra in Amsterdam hun bestaan te danken aan bewoners samen met het opbouwwerk. Ook bij het tot stand komen van het centrum in Osdorp hebben de bewoners een belangrijke rol vervuld.
In Den Haag zijn geen initiatieven door bewoners ondernomen, die tot een gezondheidscentrum hebben geleid.
Daarentegen is ten behoeve van een centrum in Den Haag, te weten Nieuw Waldeck, het initiatief uitgegaan van de gemeente. In Amsterdam heeft de gemeente wel samengewerkt met de Stichting Holendrecht om het gezondheidscentrum Holendrecht van de grond te krijgen, maar ze heeft zelf geen initiatieven genomen.

8. DISCUSSIE

Wat is nu de waarde van dit beperkt opgezette onderzoek. Het is zeer de moeite waard om vanuit deze analyse in Amsterdam en Den Haag te komen tot een breder opgezet onderzoek.
De aanwezigheid van nieuwbouwwijken lijkt de belangrijkste voorwaarde te zijn voor het ontstaan van gezondheidscentra. Het is zinvol om op landelijk niveau te kijken hoe in nieuwbouwwijken respectievelijk uitbreidingsgebieden de eerstelijnsgezondheidszorg gepland en van de grond gekomen is. Heeft men hier alles gepland of aan het particulier initiatief overgelaten? Wat waren de resultaten ervan? Kunnen verschillen in het ontstaan van samenwerkingsverbanden in nieuwbouwgebieden in verband worden gebracht met verschillen in gevoerd beleid?
Daarnaast is het van belang eens wat nader in te gaan op de problemen bij de vorming van centra in stadsvernieuwingsgebieden. Juist in deze gebieden kan de medische verzorging gediend zijn met gezondheidscentra, de leefbaarheid van de wijk kan erdoor worden verhoogd, wat ten goede komt aan het woon- en leefklimaat. Waarom komen in deze wijken moeilijk gezondheidscentra van de grond? Zijn in deze wijken relatief meer initiatieven tot oprichting van gezondheidscentra mislukt en waar heeft dat aan gelegen?

BIJLAGE I: BESCHRIJVING VAN DE GEZONDHEIDSCENTRA EN HUN LIGGING

Zoals in de inleiding wordt vermeld, bestaat er een groot verschil in aantal gezondheidscentra tussen Amsterdam en Den Haag.
Daarnaast kent Amsterdam ook nog ongeveer veertien home-teams, die samen met twee van de acht gezondheidscentra de vereniging het "Samenwerkingsproject Amsterdam" vormen. Typisch voor de stad Den Haag zijn de zogenaamde wijk- en dienstencentra. Deze bieden bewoners van een wijk mogelijkheden om tegemoet te komen aan hun behoeften ten aanzien van actieve en passieve recreatie, voorlichting en ontwikkeling. Zo'n centrum biedt de wijk faciliteiten om actief te werken aan verbetering van het woon- en leefklimaat. Tevens bieden de centra veelal accomodatie voor sociale, medische en paramedische dienst- en hulpverlening, onder meer door middel van spreekuren (Gemeentelijke Sociale Dienst, 's-Gravenhage 1977).

1. De gezondheidscentra van Amsterdam

Amsterdam heeft acht gezondheidscentra waarvan er één, te weten gezondheidscentrum Holendrecht, bestaat uit twee vestigingen oftewel buurtposten. Hierdoor wordt het feitelijk aantal op negen gebracht.
Echter gezien de sterke onderlinge verbondenheid van beide vestigingen worden ze in dit onderzoek als één centrum beschouwd.
De gezondheidscentra zijn gelijkmatig verdeeld over de betrokken periode ontstaan. Het oudste dateert van 1972, waarna er practisch elk jaar een is bijgekomen (zie tabel 4, pag. 1.3).
Ten aanzien van het jongste centrum Kraaiennest dient de volgende kanttekening geplaatst te worden. Alhoewel er al vanaf 1973 sprake is van een multidisciplinaire samenwerking vanuit een gezamenlijke huisvesting, functioneert het betrokken gezondheidscentrum pas als zodanig vanaf 1 maart 1980. Op dat moment is de wijkverpleging, één van de kerndisciplines, pas in het team opgenomen.
Wat de ligging van de centra binnen Amsterdam betreft kan het volgende worden opgemerkt. Drie gezondheidscentra zijn gelegen in een oude wijk, waarvan een in Bos en Lommer, een wijk uit de jaren 1906-1940 in Nieuw-West. De gezondheidscentra Helmersstraat en Dirk van Nimwegen zijn gesitueerd in 19e eeuwse wijken in Oud-West. Deze laatste ligt midden in een stadsvernieuwingsgebied, de Kinkerbuurt.
De overige vijf gezondheidscentra hebben hun plaats gekregen in nieuwbouwwijken, waarvan drie in de Zuidoostlob van Amsterdam: gezondheidscentrum Kraaiennest in de Bijlmer en de centra Holendrecht en Nellestein

in de nieuwste uitbreiding Gaasperdam. Gezondheidscentrum Banne Buiksloot kan men aantreffen in een wijk uit de jaren 1976-1977 in Amsterdam-Noord. Het laatste centrum is gelegen in Osdorp, een na-oorlogse westelijke tuinstad uit de zestiger jaren.

Om inzicht te verschaffen in de omvang van deze centra is tabel 4 geconstrueerd. Hierin wordt het aantal disciplines en het aantal hulpverleners op 1 juli 1980 per gezondheidscentrum weergegeven. Uit de Registratie Samenwerkingsverbanden van het N.H.I. blijkt dat een samenwerking van meer dan zes soorten hulpverleners betrekkelijk weinig voorkomt en dat het gemiddeld om vijf disciplines gaat. Voor Amsterdam gaat dit geheel op.
Per 1 juli 1980 werken er in de centra gemiddeld vijf disciplines. Naast de drie kerndisciplines, huisartsgeneeskunde, wijkverpleging en maatschappelijk werk, komt als vierde discipline het meest fysiotherapie voor en als vijfde in gelijke mate verloskunde, farmacie of tandheelkunde. In drie van de acht gevallen is er sprake van een centrum met uitsluitend de drie basisdisciplines.
Het centrum dat zowel wat aantal disciplines als wat aantal hulpverleners betreft meteen in het oog springt, is gezondheidscentrum Dirk van Nimwegen met zijn 10 disciplines en maar liefst 42 hulpverleners.
Het gemiddeld aantal hulpverleners van alle gezondheidscentra in ons land bedraagt op 1 januari 1980 12. Indien het aantal hulpverleners van gezondheidscentrum Holendrecht wordt verdeeld over zijn twee buurtposten, dan liggen ook de cijfers voor deze vestigingen onder dit gemiddelde.
Al met al kan men in Amsterdam met uitzondering van het Dirk van Nimwegencentrum spreken van centra van gemiddelde omvang, die goed te overzien zijn.

Tabel 4: Aantal disciplines en aantal hulpverleners op 1 juli 1980 per gezondheidscentrum in Amsterdam.

Naam gezondheids-centrum	Start-datum	Aantal disciplines* op 1 juli 1980	Aantal hulpverleners** op 1 juli 1980
1) Helmersstraat	1972	6	8
2) Osdorp	1974	3	4
3) Dirk van Nimwegen	1975	10	42
4) Holendrecht	1976	6	17
5) Bos en Lommer	1976	3	5
6) Banne Buiksloot	1977	3	5
7) Nellestein	1979	5	7
8) Kraaiennest	1980	6	12

Bron: Peiling NHI op 1 juli 1980.

2. Gezondheidscentra van Den Haag

In Den Haag liggen slechts twee gezondheidscentra. Gezondheidscentrum Transvaal is ontstaan uit een reeds vanaf 1967 bestaande groepspraktijk, die in 1976 is uitgegroeid tot gezondheidscentrum. Het is gelegen in het Transvaalkwartier, een negentiende eeuwse wijk waarin stadsvernieuwings-activiteiten worden ontwikkeld.
Ten behoeve van de stadsvernieuwing wordt in Den Haag een onderscheid gemaakt tussen aandachtsgebieden en daarbinnen gelegen urgentiegebieden. Het Transvaalkwartier is zo'n aandachtsgebied. Het gezondheidscentrum is bepaald niet gelegen in het slechtste deel van de wijk. Ten noorden ervan ligt een urgentiegebied, waarop de Interim-saldoregeling van toepassing is. In het deel van de wijk ten zuiden van het gezondheids-centrum wordt slechts hier en daar wat verbeterd.
Gezondheidscentrum Nieuw Waldeck dateert van 1979 en is gelegen in de nieuwbouwwijk Nieuw Waldeck, waarvan de eerste woningen in 1977 zijn opgeleverd.

* Hieronder vallen niet: de praktijkassistentes, het administratief perso-neel, het huishoudelijk personeel en apothekers- en tandartsassistentes.

** Met uitzondering van stagiaires.

Tabel 5: Aantal disciplines en aantal hulpverleners op 1 juli 1980 per gezondheidscentrum in Den Haag.

Naam gezondheids-centrum	Start-datum	Aantal disciplines op 1 juli 1980	Aantal hulpverleners op 1 juli 1980
1) Transvaal	1976	4	12
2) Nieuw Waldeck	1979	3	5

Bron: Peiling NHI op 1 juli 1980.

Uit tabel 5 blijkt dat ook Den Haag te maken heeft met gezondheidscentra van gemiddelde omvang.

BIJLAGE 2: VESTIGINGSBELEID

Vestigingsbeleid.

Mr. Constant Martini, PvdA-raadslid in Den Haag, onderscheidt een viertal manieren om een vestigingsbeleid te voeren.

a. via het bestemmingsplan door middel van bestemmingsvoorschriften die aangeven waar wel en waar niet een woonhuis of een gedeelte daarvan bestemd mag worden om er een praktijk in te vestigen.
b. via het privaatrecht dat wil zeggen bij verkoop van grond en gebouwen van de gemeente wordt in het koopcontract opgenomen dat op de grond of in het gebouw geen solo-huisartspraktijk gevestigd mag worden.
c. via het in dienst nemen van de hulpverleners bij een rechtspersoon dan wel via overeenkomst binden van de hulpverleners aan die rechtspersoon (inclusief een concurrentiebeding dat dient om vestiging tegen te gaan in geval van opzegging van het dienstverband of medewerkersovereenkomst).
d. via het vaststellen van een vestigingsverordening (ex artikel 168 Gemeentewet) waarin het verboden wordt om als werker in de eerstelijnsgezondheidszorg te functioneren tenzij dit gebeurt vanuit een gezondheidscentrum.

BIJLAGE 3: WIJKSGEWIJS OVERZICHT SPREEKUURADRESSEN VAN HUISARTSEN EN TANDARTSEN

Wijken	Inwoners per 31-12-79	Spreekuur adres huisartsen aangesloten bij zfs.	Volledig praktijk	1x elders	2x elders	alleen particulieren	Tandartsen zfs.	Tandartsen particulier	Tandartsen totaal
1. Oostduinen	28	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Belgisch Park	6918	2	1	-	1	1	4	3	7
3. Westbroekpark-Duttendel	2230	1	-	1	-	2	-	1	1
4. Benoordenhout	14630	13	9	4	-	(3) 9	12	10 ')	22 ')
5. Archipelbuurt	5400	8	8	-	-	1	2	6	8
6. Van Stolkpark/Schev.Bosjes	819	3	3	-	-	-	1	1	2
7. Scheveningen	18199	10	5	5	-	-	10	1	11
8. Duindorp	7365	6	-	5	1	-	-	-	-
9. Geuzen-/Statenkwartier	16743	24	12	10	3	(3) 4	11	9 ')	20 ')
10. Zorgvliet	425	1	-	1	-	1	2	2	4
11. Duinoord	8364	13	7	5	1	(1) 3	12	8	20
12. Bomen-/Bloemenbuurt	16101	17	5	11	1	(2) 6	8	2	10
13. Vogelwijk	5154	7	3	2	3	(4) 6	5	1	6
14. Bohemen/Meer en Bos	5440	-	-	-	-	1	2	1	3
15. Kijkduin/Ockenburg	1081	-	-	-	-	-	-	-	-
16. Kraayenstein/Uithof	5423	3	2	1	-	-	2	-	2
17. Loosduinen	7127	4	3	1	-	-	1	-	1
18. Waldeck	13096	4	3	1	-	(1) 2	5	1	6
19. Vruchtenbuurt	12931	13	7	3	3	(2) 3	7	4	11
20. Valkenboskwartier	22347	12	3	7	2	1	6	-	6
21. Regentessekwartier	14083	17	9	5	3	1	3	-	3
22. Zeeheldenkwartier	10152	6	1	5	-	-	3	2 ')	5 ')
23. Willemspark	1581	4	1	1	2	-	4	1	5
24. Haagse Bos	146	-	-	-	-	-	-	-	-
25. Mariahoeve/Marlot	16500	10	9	1	-	2	8	-	8
26. Bezuidenhout	15911	12	4	7	1	2	4	1	5
27. Stationsbuurt	8129	12	5	5	2	(1) 1	7	-	7
28. Centrum	9591	7	1	5	1	(1) 1	15	1	16
29. Schildersbuurt	37994	12	3	8	1	-	3	-	3
30. Transvaalkwartier	19807	9	2	5	2	-	4	-	4
31. Rustenburg/Oostbroek	19164	14	5	6	3	-	6	-	6
32. Leyenburg	17063	6	3	2	1	1	2	-	2
33. Bouwlust	30944	16	7	6	3	-	8	-	8
34. Morgenstond	21274	12	5	4	3	2	6	-	6
35. Zuiderpark	8	-	-	-	-	-	-	-	-
36. Moerwijk	21354	13	7	5	1	-	3	-	3
37. Groente- en Fruitmarkt	2583	-	-	-	-	-	-	-	-
38. Laakkwartier/Spoorwijk	39767	18	8	8	2	-	9	-	9
39. Binckhorst	504	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal	456376	309	141	130	40	(18)50	175	55	230

') Eén van deze tandartsen houdt in een andere wijk spreekuur voor ziekenfondsverzekerden.

Resumerend

Het aantal huisartsen per 1 juni 1980 bedraagt 277: 227 zijn aangesloten bij ziekenfondsen;
50 behandelen uitsluitend particuliere patiënten;

Van de 227 huisartsen, die aangesloten zijn bij ziekenfondsen hebben:
141 een volledige praktijk in één wijk;
130 één spreekuuradres elders in de stad;
40 twee spreekuuradressen elders in de stad;
18 op een ander adres (in een andere wijk) spreekuur voor particuliere patiënten.

Bron: Gemeente 's-Gravenhage, Nota Eerstelijnsgezondheidszorg te 's-Gravenhage, 1980.

LITERATUURLIJST

- AZIVO, Notitie naar aanleiding van het advies van het Beraad Gezondheidszorg, Den Haag 1977.

- Bartelds, A.I.M., Dopheide, J.P., Zee, J. van der, Nieuwe vestigingen van huisartsen. Een onderzoek over de periode januari 1975-augustus 1976, NHI, Utrecht 1977.

- Boerma, W.G.M. en Zee, J. van der, Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra in Nederland. Een algemene oriëntatie in de Nederlandse gezondheidszorg, NHI, Utrecht 1980.

- Boerma, W., Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra. Januari 1970-juli 1979, NHI, Utrecht 1980.

- Boerma, W., Cijfers over samenwerking 1. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1980, NHI, Utrecht 1980.

- Boerma, W., Registratie Samenwerkingsverbanden. Overzicht stand van zaken peildatum 1 juli 1980, Utrecht 1981.

- Boom- van Duin, F.T. de, Bastiaenen, J.P.J., Goudriaan, G., Opzet en funktie van een aantal gezondheidscentra. Eindrapport uitgebracht door Stichting Itoba in opdracht van het Praeventiefonds, Den Haag 1976.

- Boom-van Duin, F.T. de, Egberts, M.E., Bastiaenen, J.P.J., Nota Gezondheidscentra, Amsterdam 1973.

- Bouma, Teake en Palmen, Sjef, Samenwerken in de eerstelijnsgezondheidszorg waartoe omwille van wie. Literatuurscriptie in het kader van het kandidaatsonderdeel van de studie andragologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, 1976.

- Breemer ter Stege, C.P.C., en Vrij, A., Versterking door ondersteuning. De voorwaardenscheppende sector van de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Medisch Contact nr. 26 - 27 juni 1980.

- Bruins, C.P., De eerstelijnsgezondheidszorg en de 'Schets'. Een commentaar. In: Medisch Contact nr. 36 - 5 september 1980.

- Brussaard, W., De spelregels van de ruimtelijke ordening, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1974.

- CBS, Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1971, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij 1971.

- CBS, Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1979, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij 1979.

- CBS, Statistiek der Verkiezingen 1970. Gemeenteraden, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1971.

- CBS, Statistiek der Verkiezingen 1974, Gemeenteraden, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1975.

- CBS, Statistiek der Verkiezingen 1978, Gemeenteraden, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1979.

- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Schets van de Eerstelijns gezondheidszorg. In: Medisch Contact nr. 32 - 8 augustus 1980.

- Crebolder, H.F.J.M., Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis (X). Enige aspecten van de organisatie en werkwijze van het gezondheidscentrum - beoordeeld door de cliënten. In: (1977) Huisarts en Wetenschap 20.

- Damen, P.C. en Nuyens, W.J.F.I., De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg: feiten en visies, De Tijdstroom B.V., Lochem 1976.

- Derde Nota over de ruimtelijke ordening, deel 2: Verstedelijkingsnota; deel 2a: beleidsvoornemens over spreiding, verstedelijking en mobiliteit, Den Haag 1976.

- Dokter, H.J., Grinten, T. van der, Jong, Gaspard A. de (red), Gezondheid en gezondheidscentra. Ervaringen met samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg, De Erven Bohn B.V., Amsterdam 1974.

- Dopheide, J.P. (NHI), Cock, G.J.M. de (NZI), Witte, Jac. J. (NIPG-TNO), Vooronderzoek-integratie eerste- en tweedelijns gezondheidszorg te Hoogeveen, Leiden 1978.

- Eerstelijnsgezondheidszorg. Geneeskundig inspecteur opent wijkgezondheidscentrum 'Nieuw Waldeck'. In: Medisch Contact nr. 31 - 1 augustus 1980.

- Eindrapportage van de Projectgroep Wijkgezondheidszorg-voorzieningen in de nieuwbouwwijk "De Lindenholt", Nijmegen g.j.

- Faludi, A., Planning Theory, Pergamon Press, Oxford 1976.

- Ganzevles, T., Muller, N. en Karnebeek, G., Algemeen overzicht planologie. Samenvatting en zwaartepunten, Planologisch Instituut der K.U., Nijmegen 1980.

- Gemeente Amsterdam, Amsterdam. Een verhaal over stadsvernieuwing. Een uitgave in het kader van de Europese stadsvernieuwingscampagne 1980-1981, Amsterdam 1980.

- Gemeente Amsterdam, Stadsvernieuwing in Amsterdam. Opzoekboek voor moeilijke woorden, begrippen, regelingen, voorschriften en kreten, Amsterdam 1979.

- Gemeente Amsterdam, Structuurplan Amsterdam, Amsterdam 1974.

- Gemeente 's-Gravenhage, Nota stadsvernieuwing Den Haag. Een vierde vervolg, 's-Gravenhage 1980.

- Gemeente Zoetermeer, Nota gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, Zoetermeer 1973.

- Genugten Jan van, Goverde, Henri, Ruimtelijk beleid op locaal niveau. Formeel bestuurlijk - juridisch kader, Nijmegen 1977.

- Marianne Gerner, De voorlopige stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Is verruiming ook verbetering? In: De Eerste Lijn, nr. 3 - 1979.

- Marianne Gerner en Wout Bos, De SOSEL als tussenstation. Vraaggesprek met P.J. Hallie. In: De Eerste Lijn 6 (1980) 5/6 p. 135 - 142.

- Gemeente Portugaal, Afd. Sociale Zaken en Volksgezondheid. Diskussienota eerstelijns gezondheidszorg Boomgaardshoek, Portugaal januari 1978.

- Gemeente 's-Gravenhage, Concept-nota eerstelijns gezondheidszorg, 's-Gravenhage 10 juli 1979.

- G.G. en G.D., Aandachtsvelden, Nijmegen 1976.

- G.G. en G.D., Gezondheidszorg, Nijmegen 1976.

- Gemeentelijke Sociale Dienst, Stedelijk buro wijk- en dienstencentra, Sociale gids voor 's-Gravenhage, 's-Gravenhage 1977.

- Groenewegen, P.P., De leeftijdsverdeling van de huisartsen in Rotterdam en in de rest van het land, NHI, Utrecht 1979.

- Groenewegen, P.P., Registratie Adspirant-Huisartsen Peiling 1980, NHI, Utrecht 1981.

- Hendriks, J.P.M., Structuurnota Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1974.

- Inspraak probleemverkenning. Nota Inspraakreacties Probleemverkennende fase Structuurplan Gemeente Nijmegen, 1978.

- Jaarboek 1971, Bureau van Statistiek, Amsterdam.

- Jaarboek 1974, Bureau van Statistiek, Amsterdam.

- Jaarboek 1979, Bureau van Statistiek, Amsterdam.

- Joint, Algemeen maatschappelijk werk in samenwerking met de eerstelijns-gezondheidszorg, Diskussie-nota, 's-Hertogenbosch 1979.

- Kluytmans, Hilde, "Gezondheidszorg in de wijk, een vervolg", Scriptie in het kader van het coschap sociale geneeskunde, Den Bosch 1978.

- Kommentaar van het Nederlands Huisartsen Instituut op de "Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht 1980.

- Landheer, T., Gezondheidszorg in een nieuw gebied, Leiden 1978.

- Laurijssen, I. mw e.a., Samenwerking in de eerste lijn en strukturele belemmeringen, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht 1978.

- Leyten, Jos, De rol van de planoloog. De funktie van planning in de maatschappij, Nijmegen 1977.

- LHV, Commentaar van het Centraal Bestuur op de schets eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht 1980.

- LHV, Informatiebulletin, Huisarts en Samenwerking, Utrecht 1978.

- LHV, Informatiebulletin, Huisarts en Samenwerking, Utrecht 1980.

- LHV, Nieuwe Blauwdruk. In: Medisch Contact nr. 32 - 1977.

- Maatschappelijk Welzijn en Volksgezondheid, Rapport van de Projectgroep Gezondheidscentrum Nieuw Waldeck, Gemeente secretarie 's-Gravenhage 1981.

- Martini, C.V., De gemeentelijke vestigingsverordening, 's-Gravenhage 1980.

- Martini, Constant en Nimwegen, Gerard van, Gemeente-invloed op vestiging eerstelijnswerkers. Lelystad: eerste van een lange reeks? In: De eerste lijn 6 (1980) 1.

- Martini, Constant, Toelichting vestigingsverordening. Vestigingsverordening. Nadere toelichting. Den Haag 1979.

- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Nota vestigingsbeleid, Leidschendam 1978.

- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra, Leidschendam 1974.

- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Voorlopige stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg, Leidschendam 1979.

- Nationale Kruisvereniging, Alleen samen. Verkorte versie van de Discussienota over de toekomst van het kruiswerk, Utrecht 1977.

- NHI, Beleidsnota van de Stichting Nederlands Huisartsen Instituut, deel 1, Utrecht 1979.

- NHI, Jaarverslag 1979, Utrecht 1979.

- NHI, Verslag van een onderzoek naar de wensen en meningen van een 100-tal konferentiegangers aangaande de eerstelijns welzijnszorg. Een voor-onderzoek, 1972.

- NHI, Wetenschappelijk onderzoek binnen het Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1980.

- Noord, P. van en Zoutendijk, R., De ontwikkeling van de gezondheidszorg in de Zuidelijke IJsselmeerpolders. (On)mogelijkheden van planning aan de hand van een voorbeeld, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg, TNO, Leiden 1979.

- Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, Reactie per brief op de initiatiefverordening inzake eerste lijnsgezondheidszorg, 's-Gravenhage 1980.

- Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in N-Brabant, Samenwerkingsvormen eerstelijns Gezondheidszorg. Discussienota, 's-Hertogenbosch 1974.

- Raadstuk Zuidelijke IJsselmeerpolders, Lelystad 1979.

- Reynders, C., Bestuurlijke organisatie in de IJsselmeerpolders, Lelystad 1977.

- Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders. Ministerie van Verkeer en Waterstaat, Lelystad uit de kluiten, Lelystad 1980.

- Rootselaar, A. van, De WRO in de polders. In: Rooilijn, juni 1980, Planologisch en Demografisch Instituut, Amsterdam 1980.

- Samenwerkingsproject eerste lijn NHI-NCVK-Joint, De plaatselijke overheid en de eerstelijns gezondheidszorg, 1976.

- Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid, Directie Algemene Gezondheidszorg, Leidschendam 1980.

- Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg. Nota Volksgezondheid. In: Medisch Contact nr. 13 - 28 maart 1980.

- SOSEL, Jaarverslag 1979. Na 5 jaar SOSEL. Ervaringen, gedachten, bespiegelingen. Amsterdam 1980.

- SSG Rapport, TH Delft, Stadsvernieuwing. Een overzicht van de gemeentelijke aanpak in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, Delft 1976.

- Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob, Jaarverslag '77/'78, Amsterdam 1979.

- Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob, Jaarverslag 1979, Amsterdam 1980.

- Structuurplan Gemeente Nijmegen, Fase 2 probleemuitdieping, Deelnota I, probleembeschrijving-band 2, Nijmegen 1979.

- Structuurplan Gemeente Nijmegen, Fase 2 probleemuitdieping, Deelnota II, uitgangspunten en doelstellingen, Nijmegen 1979.

- Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Samenwerking in de eerste lijn, groene reeks nr. 17, 's-Gravenhage 1975.

- Vreeze, J.Th.M. de, Gezondheidszorg, recht op gezondheidszorg. Overheid en particulier initiatief, prioriteiten. In: Medicus en Maatschappij, Syllabus van de colleges sociale geneeskunde, wijsgerige antropologie en ethiek, Nijmegen g.j.

- W.B.S. Rapport, Wijkgezondheidscentra, Amsterdam 1975.

- Ziekenfondsraad, Onderzoek naar het funktioneren van gezondheidscentra, Amstelveen 1978.

- Ziekenfondsraad, Voorlopige richtlijnen inzake financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, Amstelveen 1978.

- Zundert, J.W. van, Het bestemmingsplan, Samson Uitgeverij Alphen aan de Rijn/Brussel 1977.