



DE EERSTELIJNS(GEZONDHEIDS)ZORG IN GEMEENTELIJKE BELEIDSNOTA'S

Een analyse in het licht van het rijksoverheidsbeleid

M.J.P. Wulms
februari 1987

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

Wulms, M.J.P.

De eerstelijns(gezondheids)zorg in gemeentelijke beleidsnota's: een analyse in het licht van het rijksoverheidsbeleid / M.J.P. Wulms. - Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - I11.

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-040-4

SISO 601.51 UDC 351.77:364.444 + 352.364.444 (492)

Trefw.: eerstelijnsgezondheidszorg; Nederland; overheidsbeleid/ gemeentebeleid.

Typewerk: E. van Baal

Vormgeving en lay-out: M. Cornelius

Voorwoord

Eind 1985 startte het NIVEL het onderzoeksproject "Gemeentelijk Beleid met betrekking tot de Eerstelijns(gezondheids)zorg". Dit project wordt uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en moet tegen de achtergrond worden gezien van de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG).

Centraal in het onderzoeksproject staat de vraag welke beleidsactiviteiten de Nederlandse gemeenten op het gebied van de el(g)z ontplooiën en in hoeverre deze activiteiten samenhangen met gemeentegrootte, urbanisatiegraad, politieke samenstelling e.d. Bij een evaluatie van wat de WVG te zijner tijd aan gemeentelijk beleid heeft opgeleverd, is een inventarisatie van de huidige beleidsactiviteiten als vergelijkingsbasis noodzakelijk. Op dit moment ontbreekt inzicht in de activiteiten die gemeenten ontplooiën, zowel vooruitlopend op de wetgeving als buiten het wettelijk kader op eigen initiatief. Het ligt in de bedoeling om door middel van een schriftelijke enquête onder gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden gegevens over dergelijke activiteiten te verzamelen.

Ter ondersteuning van het onderzoek is een begeleidingscommissie in het leven geroepen. Vertegenwoordigd zijn van het ministerie van WVC, de Hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg en het Stafbureau Beleidsontwikkeling. Verder hebben een medewerker van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en een medewerker van het inmiddels opgeheven S-1 project (op persoonlijke titel) zitting in de commissie.

In de oriënterende fase van het onderzoek zijn ter voorbereiding van de constructie van de enquête, de mogelijkheden die gemeenten ter beschikking staan om een beleid te voeren toegespitst op de elgz op een rijtje gezet. Tevens is een interviewronde gehouden onder (inter-)gemeentelijke ambtenaren en wethouders. De interviews hebben een breed spectrum van beleidsactiviteiten laten zien, die enerzijds vallen onder de bestuurlijke voorbereiding in het kader van de WVG en anderzijds meer zorg-inhoudelijke thema's betreffen. In een interimrapport is verslag gedaan van de studie naar beleidsmogelijkheden en de in de interviewronde naar voren gekomen beleidsactiviteiten (De Bakker en Wulms, 1986).

De voorliggende studie heeft als onderwerp de gemeentelijke nota op het terrein van de el(g)z en dient eveneens ter voorbereiding van de op te stellen enquête. Het interimrapport heeft al het nodige aan onderzoeksitems opgeleverd. Een analyse van gemeentelijke beleidsnota's kan wat dit betreft voor de nodige aanvullingen zorgen.

Inhoud

Voorwoord

1. Inleiding	6
2. Een globaal overzicht van het rijksoverheidsbeleid ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg	10
3. De verzameling gemeentelijke nota's	17
4. Periode I: 1974-1979	21
4.1. Het rijksoverheidsbeleid	21
4.2. Gemeentelijke nota's	26
4.3. Bevindingen	31
5. Periode II: 1980 - eerste helft 1982	34
5.1. Het rijksoverheidsbeleid	34
5.2. Gemeentelijke nota's	39
5.3. Bevindingen	52
6. Periode III: tweede helft 1982 - eerste helft 1983	57
6.1. Het rijksoverheidsbeleid	57
6.2. Gemeentelijke nota's	62
6.3. Bevindingen	67
7. Periode IV: tweede helft 1983 - heden	70
7.1. Het rijksoverheidsbeleid	70
7.2. Gemeentelijke nota's	78
7.3. Bevindingen	94
8. Algemene conclusies	100
Literatuur	107
Bijlagen	109

1. Inleiding

In dit rapport staat een analyse van gemeentelijke nota's op het terrein van of met aandacht voor de el(g)z centraal.

Het volgens een gestructureerde opzet bestuderen van deze nota's is van belang voor het vergroten van het inzicht in enerzijds wat er zich op het lokale niveau afspeelt en anderzijds de wijze waarop de gemeente zich als bestuursorgaan ten aanzien van de el(g)z opstelt. In het algemeen doet zich daarbij een spanningsveld voor. Zo is er de wens om met een zekere mate van diepgang een document 'uit te pluizen' en de neiging om in detail zo volledig mogelijk aspecten in onderlinge samenhang mee te nemen. Hierbij staat het begrip voor de afzonderlijke nota voorop. Daarnaast bestaat de behoefte om meer beschouwend vanuit een meta-niveau het overzicht te bewaren en de grote lijnen te herkennen die er tussen de nota's getrokken kunnen worden.

Een keuze met betrekking tot de wijze waarop de analyse uitgevoerd wordt moet binnen dit spanningsveld gemaakt worden. De volgende overwegingen hebben daarbij mee gespeeld:

- een typische eerstelijnsnota bestaat niet, integendeel er bestaan onderling grote verschillen;
- voor een goed begrip van overeenkomsten en verschillen in de wijze waarop de gemeenten "hun" el(g)z benaderen zullen veel nota's in de analyse betrokken moeten worden;
- een goed begrip voor een nota vereist ook inzicht in de omstandigheden waarbinnen deze tot stand is gekomen;
- de rijksoverheid heeft al geruime tijd min of meer specifieke aandacht voor de el(g)z, men kan veronderstellen dat gemeenten daar in hun nota op ingaan;
- in de tijd gezien is er sprake van ontwikkelingen in het el(g)z beleid op rijksoverheidsniveau, dit betekent dat de al wat oudere gemeentelijke nota's zullen verschillen van de meer recente nota's;
- het vergelijken en interpreteren van teksten en in het bijzonder beleidsvisies, -uitgangspunten, -voornemens en -maatregelen, zoals die steeds weer met een ander taalgebruik en met kleine nuance verschillen in nota's verwoord worden is een bijzonder hachelijke zaak, waarbij de gewenste objectiviteit en helderheid niet gewaarborgd kan worden.

Gezien deze punten hebben we de balans in de richting van een be-

schouwing op meta-niveau laten doorslaan. In de vraagstellingen en in de opzet van de analyse komt dit tot uiting. Enige mate van inhoudelijke beschouwing binnen de afzonderlijke nota's kunnen en zullen we echter niet uit de weg gaan. De nadruk willen we echter leggen op het geven van een karakteristiek van de verzamelde gemeentelijke nota's. Het rijks overheidsbeleid en het wettelijk kader, de regelgeving en de ontwikkelingen daaromtrent gericht op de el(g)z of, wanneer van toepassing, de gezondheidszorg in zijn geheel willen we daarbij als referentiekader hanteren. Allereerst behandelen we de vraagstellingen en vervolgens het referentie kader.

Het karakteriseren van een gemeentelijke nota zal zich aan de hand van de volgende **vraagstellingen** voltrekken:

- 1) Op welk terrein van zorg richt de nota zich, met andere woorden wat is de werkingssfeer?
- 2) Wat is de aanleiding oftewel het motief voor de gemeente geweest om de nota op te stellen?
- 3) Wat is de algemene inhoudelijke strekking van de nota?
- 4) Welke functie heeft de nota?
- 5) Welke voorwaarden zijn nodig c.q. welke beperkingen zijn er ten aanzien van de effectuering van de nota?

De meest essentiële van de hiergenoemde vragen is wel de vraag naar het motief: waarom wordt de nota opgesteld. Dit bepaalt immers grotendeels de inhoudelijke strekking en kan daarnaast van invloed zijn op de functie van de nota. Grofweg kunnen we een drietal categorieën vaststellen waarbinnen de motieven ondergebracht kunnen worden.:

- met een nota kan worden ingespeeld op lokale knelpunten en behoeften zoals die door de gemeente ervaren worden;
- de door de rijks overheid geformuleerde visie op de el(g)z en de door haar gewenste ontwikkelingen kunnen door middel van een nota aangegrepen of vertaald worden naar de gemeentelijke situatie;
- met een nota kan een gemeente enerzijds anticiperen op in het vooruitzicht gestelde wettelijke bevoegdheden en taken om daarmee reeds voorbereidend werk te verrichten en anderzijds aangeven hoe ze bepaalde bevoegdheden en taken die ze reeds heeft uitvoert.

Zoals gezegd vloeit uit het motief ook de inhoud en de functie voort. In het algemeen kan men stellen dat een nota een beleidsdocument is en daarmee gericht op verandering. De vraag naar de inhoudelijke strekking van de nota kan dan beschouwd worden als de vraag naar welke verandering bepleit wordt. De vraag naar de functie van de nota geeft aan in welke fase van verandering men verkeert. Het

streven naar verandering is onderhevig aan voorwaarden die vervuld moeten worden en beperkingen die de verandering in de weg staan. De vraag naar de werkingssfeer, tevens de meest eenvoudige, vraagt naar het zorgterrein waarbinnen verandering nodig geacht wordt. Deze toelichting, zij het een abstrakte, geeft de onderlinge samenhang tussen de vraagstellingen weer.

We hebben reeds aangegeven dat we het rijksoverheidsbeleid als **referentie kader** willen gebruiken. Praktisch komt dit neer op het onderscheiden van een aantal perioden in het beleid van de rijksoverheid zoals dit tot uiting komt in haar nota's en in de ontwikkeling van wet- en regelgeving. Ieder afzonderlijke periode zullen we zodanig van de daaropvolgende moeten afgrenzen dat die min of meer op zichzelf staat en een klimaat vormt waarbinnen gemeentelijke nota's tot stand zijn gekomen en waaruit een gemeente mogelijkheden voor eigen beleid heeft kunnen putten.

Gelet op de hier beschreven analyse opzet is het rapport als volgt gestructureerd:

In **hoofdstuk 2** wordt een globaal historisch overzicht gegeven van de voor deze studie van belang geachte beleidsdocumenten van de rijksoverheid: zowel in de sfeer van nota's als de wet- en regelgeving betreffende stukken, waarin haar beleid ten aanzien van de elgz naar voren komt. We beperken ons hier tot het benoemen van deze stukken. Dit overzicht zal resulteren in het vaststellen van een aantal zo veel mogelijk op zich zelf staande perioden in het rijksoverheidsbeleid.

In **hoofdstuk 3** gaan we in op de wijze waarop de gemeentelijke nota's verzameld zijn, alsmede enkele globale kenmerken van de ons ter beschikking staande nota's en van de gemeenten die de nota's hebben uitgebracht.

Vervolgens staat het viertal, door ons in hoofdstuk 2 onderscheiden perioden centraal. Achtereenvolgens komen ze in de **hoofdstukken 4 t/m 7** aan bod. Deze hoofdstukken zijn qua opzet identiek. Voorop staat steeds de inhoud en betekenis van het rijksoverheidsbeleid (in termen van beleidsuitgangspunten en -voornemens, visies, aandachtsvelden en beleidsinstrumenten) in de betreffende periode. Direct daarop volgt een beschrijving van de gemeentelijke nota's die in deze periode zijn verschenen, waarna antwoord wordt gegeven op van de door ons geformuleerde vraagstellingen. In **hoofdstuk 8** tenslotte wordt nog eens integraal op de vraagstellingen teruggekomen, waarbij de belangrijkste bevindingen worden genoemd uitgaande van de eventu-

ele verschillen en overeenkomsten tussen de vier perioden.

Met deze structuur wordt een selectieve consumptie van het geschrevene mogelijk gemaakt. Het is aan de lezer de keus wat hij wenst te verteren. Zo kan degene die reeds voldoende is ingewijd in het rijksbeleid ten aanzien van de eerste lijn de daarop betrekking hebbende onderdelen van het rapport wat vluchtiger doornemen.

2. Een globaal overzicht van het rijksoverheidsbeleid ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg

Voor de hier volgende bespreking van het beleid van de rijksoverheid op het terrein van de eerstelijns(gezondheids)zorg is dankbaar gebruik gemaakt van een artikel van Joling uit 1985. Hierin worden een viertal perioden onderscheiden met hun karakteristieke kenmerken en uitgangspunten van het overheidsbeleid.

De periode 1965-1969 wordt gekenmerkt door liberalisatie en expansie in de gezondheidszorg. Kenmerkend voor de Nederlandse gezondheidszorg is de van oudsher dominante positie van het particulier initiatief. De rol van de overheid wordt tot aan de jaren zeventig gekenschetst als relatief passief. Vanaf de jaren zestig was er sprake van een ongekeerde economische groei. De hoogconjunctuur bracht, samen met de zich in hoog tempo opstapelende wetenschappelijke ontwikkelingen en technologische vernieuwingen, een explosieve groei van de ziekenhuisgeneeskunde met zich mee, mede ook door een politiek van liberalisatie, na een restrictief beleid in de jaren vijftig. Zo werd ondermeer de rem op de ziekenhuistarieven losgelaten en kwam er voorlopig een einde aan de bouwstop van ziekeninrichtingen. Er kwam een proces op gang van steeds toenemende kosten van de gezondheidszorg en een onevenredige groei van het volume van de ziekenhuisverrichtingen. Verhoudingsgewijs bleef de groei van de eerstelijnsgezondheidszorg (elgz) hierbij achter.

Rond 1970 ontstond er grote bezorgdheid over de organisatie en het functioneren van de gezondheidszorg en de ongeremde kostengroei. Er werd nagedacht over de gebreken en er werden beleidsuitgangspunten ontwikkeld. Dit leidde uiteindelijk, in augustus 1974, tot het verschijnen van de overbekende Structuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris Hendriks. Deze periode kan betiteld worden als de onderkenning van de structuurcrises.

Het eerstelijnsbeleid is in deze periode grotendeels beperkt tot het kruiswerk. De tot dan "gekleurde" instellingen integreren en fuseren en ontwikkelen een structuur van basiseenheden. Ook ten aanzien van multidisciplinaire samenwerking start de overheid een concreet beleid door de invoering van de Voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra (juli 1974). De Structuurnota kan beschouwd worden als een aanzet tot vernieuwing van het overheidsbeleid ten aanzien

van de gezondheidszorg dat zich richt op herstructurering van het totale zorgsysteem. In zekere zin kan de Structuurnota mede beschouwd worden als een nota voor het beleid ten aanzien van de versterking van de elgz.

In de derde periode van 1975 - 1979 vindt de ontwikkeling van de structuurwetgeving plaats. De Structuurnota geeft weliswaar een heldere analyse van de problemen van de gezondheidszorg en presenteert een duidelijke visie op de aard en de richting van het te ontwikkelen beleid, aan concrete beleidsmaatregelen ontbreekt het nog. Wel worden er bouwstenen en uitgangspunten hiervoor aangereikt.

In 1976 wordt ondermeer de ontwerp Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) bij de Tweede Kamer ingediend (samen met de gewijzigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de ontwerp Wet Tarieven Gezondheidszorg). In 1979 wordt de eerder genoemde stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra herzien en verbreed tot de "Voorlopige stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg".

Voor de vierde periode 1980 - 1984 zijn de kernbegrippen herstructureringsbeleid, kostenbeheersing en heroriëntatie van toepassing. De ingediende wetten werden van kracht (de WVG in september 1982). Ingrijpende bezuinigingen bepalen het beeld van het algemene volksgezondheidsbeleid. Het beleid ten aanzien van de elgz wordt met de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg uit 1980 meer expliciet geformuleerd. De beleidsontwikkeling betreffende de relatie met de niet-gezondheidszorgvoorzieningen in de eerste lijn met name de maatschappelijke dienstverlening krijgt o.a. met de Nota Eerstelijnszorg (1983) een belangrijke impuls. De nota benadrukt het integrale karakter van de eerstelijnszorg en de bevordering van de zelfstandigheid van de burger bij de zorg voor de eigen gezondheid. Centrale doelstelling blijft versterking en verbetering van de capaciteit en de omvang van de eerstelijnszorg ten koste van de intramurale sector. (Joling, 1985).

Met het bovenstaande overzicht is in hoofdlijnen geschetst welke beleidsdocumenten en ontwikkelingen voor de el(g)z van belang zijn. Wij willen hierop nog een aantal aanvullingen geven in de sfeer van wet- en regelgeving. Dit is noodzakelijk omdat ons inziens ook andere nog niet genoemde beleidsontwikkelingen op landelijk niveau voor gemeentelijke overheden een impuls kunnen zijn voor het ontwikkelen van een eigen beleid.

Zo heeft de Ziekenfondsraad als reactie op de stimuleringsregeling

wijkgezondheidscentra van de overheid in 1978 een aanvullende regeling getroffen die eveneens voorziet in een financiële tegemoetkoming voor deze samenwerkingsvorm. Hiermee wordt op landelijk niveau de aandacht voor multicisisciplinaire samenwerking vanuit een gemeenschappelijke huisvesting nog eens extra onderstreept (Ziekenfondsraad, 1978).

Een tweede aanvulling betreft het overheidsbeleid ten aanzien van het specifiek welzijn. Hieronder vallen de sectoren zorg (naast maatschappelijke dienstverlening en aanverwante terreinen ook gezondheidszorg), educatie en recreatie. Ten tijde van de totstandkoming van de WVG lag het in de bedoeling deze te doen opgaan in de Kaderwet Specifiek Welzijn (KSW). In mei 1977 werd het wetsontwerp KSW ingediend. In december 1978 startten een aantal proefgebieden (ook wel de ontwikkelingsprojecten genoemd) met een bestuurlijk experiment om ervaring op te doen met decentralisatie, systematische en democratische beleidsvoorbereiding en het tot stand brengen van een lokaal en regionaal samenhangend patroon van welzijnsvoorzieningen. Het ontwerp KSW vormde hierbij een richtsnoer en geen keurslijf (Ontwikkelingen Kaderwet, 1981).

In september 1982 werd de KSW gelijktijdig met de WVG aangenomen. Een lang leven zou de Kaderwet echter niet leiden. De nota Wetgeving, welzijn, volksgezondheid en cultuur uit 1983 sprak het voornemen uit de wet niet in te voeren. Het inzicht was ontstaan dat specifiek welzijn een te brede beleidscategorie was om integraal te regelen. Daarbij hebben ook bezuinigingsoverwegingen en de wens tot deregulering een rol gespeeld. In de plaats van de KSW wordt een Welzijnswet voorgesteld voor maatschappelijk en sociaal-cultureel welzijn. Eveneens werd aangekondigd dat de WVG omgevormd zou worden tot een Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM). (Wetgeving welzijn, 1983). Er zijn diverse modellen voor deze WGM aan de orde geweest (zie Schrijvers en Boot, 1985). Uiteindelijk werd in januari 1986 een wetsvoorstel aan de Tweede Kamer aangeboden (Wijziging van de Wet voorzieningen gezondheidszorg, 1986).

Ondanks het intrekken van de KSW bleef het, in dat kader genomen, Besluit proefgemeenten (juli 1982) van kracht. In dit besluit wordt de financiële verhouding geregeld tussen het Rijk en de proefgebieden (Besluit proefgemeenten, 1982).

Een laatste aanvulling op het overzicht van Joling betreft de invoering van de WVG, die ook na de aankondiging van zijn opvolger de WGM (september, 1983) verder ging, zij het in een traag tempo. De in de-

cember 1982 verschenen notitie Bouwstenen voor het invoeringsplan Wet Voorzieningen Gezondheidszorg geeft aan hoe de invoering gestalte moet krijgen. Het blijkt een omvangrijk proces te worden, dat ingeluid zal worden met het nemen van een viertal voorbereidende maatregelen, de zogenaamde bestuursorganisatorische maatregelen (onder andere de gebiedsindeling) (Invoering, 1982, nrs. 1-2).

De aankondiging van de WGM heeft ongetwijfeld voor de nodige onrust en verwarring gezorgd over het al of niet verder invoeren van de WVG. De staatssecretaris heeft echter in een brief van 3 november 1983 aan provincies en gemeenten, evenals in de reeds genoemde Nota wetgeving Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, nog eens benadrukt dat alles wat in het kader van de invoering van de WVG ondernomen wordt ook functioneel zal zijn onder het regime van de WGM. Er is sprake van een overgangsrecht, dat wil zeggen bestuursorganisatorische maatregelen, plannen, erkenningen etc., tot stand gekomen onder de WVG zullen hun betekenis of rechtskracht in het kader van de nieuwe wet behouden. (Invoering, 1983, nr. 3).

Aan de invoering van de WVG zijn kosten verbonden. In februari 1984 worden de, in de Bouwstenen notitie toegezegde, regels voor de plankostenvergoeding bekend gemaakt. Hiermee verstrekt het Rijk met het oog op de voorbereiding van de bestuursorganisatorische maatregelen financiële bijdragen aan de lagere overheden ten bekostiging van zowel bestuur en ambtelijk apparaat als van onderzoek en advisering (Invoering, 1984, nr. 5).

Voor het nemen van de bestuursorganisatorische maatregel met betrekking tot de gebiedsindeling zijn in de Bouwstenen notitie uitgangspunten geformuleerd, onder andere het zogenaamde kubusprincipe. In januari 1985 zijn de richtlijnen voor de gebiedsindeling in werking getreden. De gebiedsindeling ex WVG staat in nauwe relatie met de Wet Gemeenschappelijke Regelingen. Deze (gewijzigde) WGR beoogt alle bestaande gemeenschappelijke (samenwerkings-)regelingen tussen gemeenten (dus niet alleen op het terrein van de gezondheidszorg) zoveel mogelijk te bundelen en tot een vaststelling van samenwerkingsgebieden te komen. De WVG-regio's zullen in beginsel overeen moeten komen met deze regio's ex WGR (Richtlijnen, 1985).

Verder willen we nog wijzen op de eerste concrete invoeringsmaatregel uit hoofde van de WVG, namelijk het lang verwachte vestigingsbesluit voor huisartsen, geldend voor geheel Nederland. Een ontwerp van dit besluit werd reeds op 15 juli 1983 in de staatscourant gepubliceerd (Ontwerp-besluit vestiging, 1983). Op 12 oktober 1985 wordt het definitieve Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen bij Algemene Maatregel van Bestuur genomen dat op 1 februari 1986 in

Schema 2.1.: Overzicht van documenten van het rijksoverheidsbeleid ten aanzien van of (mede) betrekking hebbende op de el(g)z alsmede de relevante wet- en regelgeving.

juli 1974	Voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra
augustus 1974	Structuurnota Gezondheidszorg
oktober 1976	Ontwerp WVG
mei 1977	Ontwerp KSW
mei 1978	Voorlopige richtlijnen financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg (Ziekenfondsraad)
december 1978	Bestuurlijk experiment KSW in proefgebieden
januari 1979	Voorlopige stimuleringsregeling samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg
februari 1980	Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg
juli 1982	Besluit proefgemeenten
september 1982	WVG, KSW aangenomen
december 1982	Notitie Bouwstenen voor het invoeringsplan WVG
juli 1983	Ontwerp-besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen
september 1983	Nota Wetgeving Welzijn, volksgezondheid en cultuur: intrekking KSW en aankondiging WGM
december 1983	Nota Eerstelijnszorg
februari 1984	Regels plankostenvergoeding WVG
januari 1985	Richtlijnen gebiedsindeling WVG
oktober 1985	Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen
januari 1986	Wetsvoorstel WGM
juli 1986	Regeerakkoord Kabinet Lubbers II: intrekking WGM en stop sectorale invoering WVG

werking treedt. Hiermee wordt de vestiging van huisartsen gebonden aan gemeentelijke vergunningen. Tevens zullen er regels voor de maximum en minimum praktijkomvang van toepassing zijn. (Besluit vestiging, 1985).

Tot slot is het onvermijdelijk het regeerakkoord van het Kabinet Lubbers II in dit overzicht te vermelden. Hierin komt o.a. naar voren dat het wetsvoorstel WGM wordt ingetrokken en de verdere invoering van de WVG wordt stopgezet in afwachting van de evaluatie van de ervaringen met de integrale invoering van de WVG in de drie

proefgebieden.

Er zijn altijd tegenstanders van de WVG geweest, die twijfelden aan het vermogen van met name gemeenten om de ingewikkelde wet uit te voeren. Dat deze aankondiging zeer kort volgt op het besluit van het Ministerie van WVC om een start te maken met de gefaseerde sectorgewijze invoering door aan de vier grote gemeenten taken toe te wijzen komt natuurlijk enigszins vreemd over. Niet op de laatste plaats bij de vier, die nu ook niet weten waar ze aan toe zijn.

Met bovenstaand schema 2.1. vatten we het voorgaande samen. Het is een historisch overzicht waarin de belangrijkste elementen van het rijksoverheidsbeleid ten aanzien van de el(g)z en de voor deze beleidssector relevante wet- en regelgeving worden benoemd.

In het voorgaande hebben we niet meer gedaan dan het benoemen van de voornaamste beleidsstukken, -instrumenten en -ontwikkelingen. In het verdere verloop van dit rapport zullen we meer inhoudelijk in gaan op het gepresenteerde schema. Daarbij zullen we vooral aandacht hebben voor die aspecten die gemeentelijke overheden kunnen aangrijpen voor een eigen eerstelijnsbeleid.

De indeling van Joling in een aantal perioden van steeds vijf jaren zullen we niet verder volgen aangezien die voor onze opzet te kunstmatig is. Een nieuwe periode willen we laten starten met een wezenlijke, nieuwe ontwikkeling, dat wil zeggen een verandering of een verdere ontwikkeling in het landelijke beleid die doordringt tot het gemeentelijk niveau en haar (opnieuw) aanspoort om een eigen beleid ten aanzien van de el(g)z te formuleren.

De volgende periode indeling stellen we ons voor:

I. 1974 - 1979:

de periode waarin de Structuurnota verschijnt, de stimuleringsregelingen worden ontwikkeld en de wetgeving in ontwerp gereed komt;

II. 1980 - eerste helft 1982:

de periode waarin de Schets uitkomt en het besef groeit dat gemeenten in het kader van de WVG beleidsbevoegdheden tot hun beschikking zullen krijgen;

III. tweede helft 1982 - eerste helft 1983:

de periode waarin de WVG en KSW worden aangenomen, de regels voor invoering van de WVG bekend gemaakt worden in de in het kader van de WVG te nemen vestigingsbesluit in ontwerp gereed komt;

IV. tweede helft 1983 - heden:

de periode waarin de KSW wordt ingetrokken, de WGM wordt aangekondigd vorm krijgt en weer wordt ingetrokken, de Nota Eerstelijnszorg verschijnt en de invoering van de WVG vordert.

Voor de inhoudelijke analyse van het rijksoverheidsbeleid zullen we ons laten leiden door deze perioden. Alhoewel Dopheide reeds een overzicht heeft gemaakt van het overheidsbeleid met betrekking tot de elgz (Dopheide, 1985) prefereren wij, gezien onze specifieke aandacht voor de gemeentelijke overheid, het gebruik van de oorspronkelijke beleidsdocumenten.

Iedere afzonderlijke periode is te beschouwen als een klimaat dat van invloed kan zijn op het beleid van de lokale overheden ondermeer tot uiting komend in gemeentelijke nota's. Alvorens een start te maken met de analyse zullen we in het hierna volgende hoofdstuk ingaan op de wijze waarop deze nota's zijn verzameld en enkele globale kenmerken van enerzijds de nota's zelf en anderzijds de gemeenten die deze nota's hebben uitgebracht. Tevens zullen we aangeven welke nota's tot welke van de vier perioden gerekend kunnen worden.

3. De verzameling gemeentelijke nota's

Voordat we een start maken met de analyse gericht op een beantwoording van de vraagstellingen willen we hier in beschouwende zin stilstaan bij het objekt van onze studie. Hoe zijn we aan gemeentelijke nota's gekomen? Dit is het eerste aspect waarop we zullen ingaan. Verder geven we enkele globale kenmerken van de nota's en de gemeenten die ze uitgebracht hebben. Belangrijk voor de verdere analyse is een verdeling van de gemeentelijke nota's over de in het vorige hoofdstuk vastgestelde perioden.

De opzet van de onderhavige studie, namelijk het spiegelen van gemeentelijke nota's aan het rijksoverheidsbeleid met betrekking tot de el(g)z impliceerde een tweetal minimale voorwaarden bij het verzamelen van de nota's. Aangezien er met het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg eigenlijk voor het eerst van een meer zelfverzekerd overheidsbeleid gesproken kan worden dat zich vanuit een bepaalde visie op de gezondheidszorg en daarbinnen het eerste echelon richtte, waren wij met name geïnteresseerd in gemeentelijke nota's die vanaf 1974 zijn verschenen. (Zoals tijdens het verzamelen bleek zijn er nauwelijks nota's van een vroege datum). Daarnaast dienden de nota's vanzelfsprekend een zekere aandacht voor de el(g)z naar voren te brengen. Dit betekende dat ook bijvoorbeeld een nota op het terrein van de welzijnszorg meegenomen kon worden, mits de el(g)z er in ter sprake kwam.

De in dit rapport te bespreken gemeentelijke nota's zijn vanuit verschillende bronnen verzameld. In de eerste plaats heeft het NIVEL zelf in de loop der tijd een verzameling aangelegd (13 stuks). Deels zijn die verkregen in het kader van eerder onderzoek, deels ook vanuit bestaande contacten en spontane toezendingen van gemeenten. In de tweede plaats hebben we alle nota's die bij de sector Documentatie van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) voor handen waren (eveneens 13). Deze nota's zijn over het algemeen niet actief verzameld maar op eigen initiatief van gemeenten naar de VNG verstuurd. Volgens de sector Documentatie bestaat er voor een aantal gemeenten een zekere traditie wat betreft het trouw toezenden van nota's op allerlei mogelijke beleidsterreinen.

Hiermee hadden we reeds een behoorlijke stapel materiaal verworven.

Alhoewel ons streven uit praktische overwegingen niet op volledigheid gericht kon zijn, hebben we toch een poging ondernomen om meer nota's te verzamelen. Via een telefonische rondgang hebben we alle Provinciale Raden voor de Volksgezondheid gevraagd naar de bij hen bekende nota's. Dit leverde enkele extra stukken op, alsmede een aantal tips van gemeenten die mogelijk een nota (in voorbereiding) hadden. Nadat ook deze gemeenten telefonisch waren benaderd bleek het resultaat van deze strategie op een 16-tal nieuwe nota's neer te komen. We vonden het opvallend dat een aantal reeds bij ons bekende nota's niet bekend waren bij enkele Provinciale Raden. Wellicht speelde hierbij mee dat deze nota's over het algemeen van een wat oudere datum waren. Ook bij de gemeenten, die we naar aanleiding van de tips van de Provinciale Raden om nota's vroegen, kwam dit voor. In de meeste gevallen hadden deze gemeenten inderdaad een nota, al vergde het in een aantal gevallen enige moeite van (de pas een paar jaar in dienst zijnde) ambtenaar, om het hem/haar onbekende of bijna vergeten stuk te traceren.

In het totaal beschikken we over 42 nota's (eventueel bestaande uit meerdere publicaties) uitgebracht door 30 verschillende gemeenten, één deelgemeente en 4 intergemeentelijke samenwerkingsverbanden. Van 4 gemeenten en één intergemeentelijk samenwerkingsverband hebben we meer dan één nota.

Zoals duidelijk moge zijn hadden we bij het verzamelen niet de pretentie alle nota's op te speuren.

De enquête die in het kader van het onderzoeksproject Gemeentelijk Beleid naar de Nederlandse gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden zal worden verstuurd (eind 1986) zal een indicatie geven over het aantal nota's dat we gemist hebben.

Desalniettemin zijn we van mening dat we op zijn minst een aardige doorsnee te pakken hebben. In verschillende opzichten variëren de nota's onderling zeer sterk. Zo bestaat de verzameling uit welzijns- en gezondheidszorg nota's, waarin voor de el(g)z slechts een beperkte plaats is ingeruimd en daarnaast uit specifiek op deze sector gerichte documenten. Wat het uiterlijk betreft loopt het uiteen van een paar losse vergeelde bladzijden tot fraai gebonden boekwerken. Geografisch beslaan de meeste nota's één gemeente, soms slechts één wijk en af en toe meerdere gemeenten. De bedoeling van de nota verschilt eveneens sterk: het presenteren van een beleidsplan met voornemens en maatregelen (beleidsbepaling), het geven van een overzicht van geïnterpreteerde voorzieningen, het starten van een discussie

onder belanghebbenden of het verkennen van een voor de gemeente nieuw beleidsterrein (beleidsverkenning).

In Bijlage I wordt een overzicht gegevens van de gemeenten waarvan we een nota in ons bezit hebben gekregen alsmede de verschijningsdatum en de bron van herkomst. De verschijningsdatum behoeft enige toelichting. Afhankelijk van de aard van de nota wordt deze verschillend gedateerd. Een nota die als discussiestuk geldt zal over het algemeen door het college van B en W ter kennisgeving aan de gemeenteraad worden voorgelegd alvorens of nadat deze met belanghebbenden in de el(g)z wordt/werd besproken. De datum is in dergelijke gevallen het tijdstip waarop het stuk openbaar gemaakt wordt. Een nota waarin voornemens en maatregelen worden aangekondigd behoeft de goedkeuring van de gemeenteraad. In veel gevallen wordt de nota na vaststelling door de gemeenteraad openbaar gemaakt.

De datum van vaststelling is dan de verschijningsdatum. Soms echter verschijnt de nota voordat die in de raad behandeld wordt. (Er zijn voorbeelden waar een tweetal data genoemd worden. Ook komt het in een enkel geval voor dat een nota openbaar gemaakt wordt, pas later in de gemeenteraad wordt behandeld en vervolgens niet door de raad wordt vastgesteld). In een aantal gevallen is de nota in geheel niet gedateerd en moest naar de telefoon gegrepen worden. Afgezien van het wel of niet vastgesteld zijn van de nota door de gemeenteraad is de exacte datum niet van wezenlijk belang, aangezien we de nota's per periode zullen behandelen.

Door het zogenaamde 'pijplijneffect', de tijd die ligt tussen het schrijven en het uitkomen van een nota, kunnen nota's op hun verschijningsdatum al verouderd zijn. Zo komt het bijvoorbeeld voor dat op rijksoverheidsniveau de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg reeds uitgebracht is terwijl een gemeentelijke nota die een paar maanden later verschijnt nog uitsluitend naar de Structuurnota verwijst.

Het zojuist genoemde overzicht in bijlage I is onderverdeeld in een viertal perioden overeenkomstig de door ons gestelde indeling in het rijksoverheidsbeleid (zie onder hoofdstuk 2). Hiermee worden de gemeentelijke nota's aangegeven, die, gelet op het zich voordoende pijplijneffect, beschouwd moeten worden binnen de betreffende periode in het rijksoverheidsbeleid.

Beschouwen we het aantal gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden met één of meer nota's per provincie (zie bijlage II) dan kunnen we vaststellen dat de nota's redelijk over het land gespreid zijn. De provincies met de hoogste inwoneraantallen hebben ook het meeste nota's geproduceerd (bijv. Noord- en Zuid-Holland).

Uitzondering op deze regel is Zeeland, waar de situatie wordt vertekend door de zes Kaderwet-proefgemeenten.

We achten het vanzelfsprekend dat vooral de wat grotere gemeenten in staat zijn om een ambtenaar vrij te maken voor het opstellen van een nota. Dit wordt bijzonder goed geïllustreerd door het schema in bijlage III. Hieruit blijkt dat 4% van de Nederlandse gemeenten voor zover ons bekend is vanaf 1974 één of meerdere nota's heeft uitgebracht. Dit lage percentage is te wijten aan de praktisch te verwaarlozen inbreng van de kleinere gemeenten tot 20.000 inwoners. De tendens die in het schema naar voren komt is dat naarmate het aantal inwoners toeneemt steeds meer gemeenten een nota laten verschijnen. In de hoogst aangegeven categorie (100.000 of meer inwoners) loopt dit op tot meer dan de helft van de hiertoe behorende gemeenten. Met het vaststellen van de regels voor de plankostenvergoeding en de WVG-gebiedsindeling mag men verwachten dat steeds meer (met name ook kleinere) gemeenten in onderlinge samenwerking een beleid gaan uitstippelen op het terrein van de el(g)z. Een indicatie hiervoor is inderdaad te vinden in het overzicht van bijlage I waarin in de vierde periode inderdaad nota's van intergemeentelijke samenwerkingsverbanden beginnen te verschijnen.

In dit hoofdstuk hebben we enig inzicht proberen te geven in de wijze waarop de ons ter beschikking staande nota's zijn verzameld. Tevens hebben we enkele ruwe karakteristieken van deze nota's gegeven alsmede van de gemeenten die ze opgesteld hebben. In de hierna volgende hoofdstukken (4 t/m 7) zal per periode een nadere analyse van de inhoud van het rijksoverheidsbeleid en de gemeentelijke nota's uitgevoerd worden.

4. Periode I: 1974-1979

4.1. Het rijksverheidsbeleid

In deze periode verschijnt, zoals bekend, de **Structuurnota Gezondheidszorg** als reactie op wat wel de structuurcrisis wordt genoemd. De nota begint dan ook met een opsomming van de problemen waarmee de Nederlandse gezondheidszorg kampt. Dopheide (1985) vat de knelpunten als volgt samen:

- instrumenten voor de beheersing van de kostenontwikkeling zijn niet of onvoldoende aanwezig;
- het stelsel van voorzieningen vertoont onvoldoende samenhang;
- de structuur van de financiering is verbrokkeld en bevordert de noodzakelijke samenwerking tussen de voorzieningen niet;
- de samenwerking tussen voorzieningen is verbrokkeld en onoverzichtelijk;
- het stelsel van voorzieningen is onevenwichtig: te veel nadruk op de intramurale voorzieningen;
- in de intramurale sector zijn hier en daar onevenwichtigheden in de capaciteit ontstaan;
- bij de organisatie van de voorzieningen doen zich problemen voor;
- de spreiding van de voorzieningen is niet altijd optimaal;
- afstemming van de opleidingen op de behoefte in de gezondheidszorg is gewenst;
- de inspraak van de bevolking in de ontwikkeling van de gezondheidszorg is onvoldoende tot ontwikkeling gekomen.

De oplossing voor deze problemen moet gezocht worden in de richting van een verschuiving van het accent, dat te eenzijdig wordt gelegd op de specialistische intramurale zorg, naar de extramurale zorg en naar de preventie, alsmede het creëren van geordende voorzieningen, op elkaar afgestemd in geografisch beperkte gebieden en het planmatig verder ontwikkelen van het geheel der gezondheidszorg.

Aan de basis van een structurering van de gezondheidszorg staan een tweetal ordeningsprincipes, namelijk regionalisatie en echelonering. Het zijn middelen om te komen tot een geïntegreerd en beheersbaar systeem van voorzieningen.

Een echelon is een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen. Binnen een echelon zullen de voorzieningen die voorheen gescheiden en onafhankelijk van elkaar functioneerden moe-

} mode
principe

ten worden geïntegreerd in gemeenschappelijke organisatorische kaders. Het totale beeld van de gezondheidszorg wordt hiermee veel geordender en overzichtelijker voor alle betrokkenen. Ook de beheersbaarheid wordt er mee bevorderd.

Het eerste echelon omvat alle niet-gespecialiseerde voorzieningen (In de nota wordt overigens ook de term eerstelijnsgezondheidszorg op een enkele plaats aangetroffen). Daarnaast wordt een tweede echelon onderscheiden. De toegang tot deze gespecialiseerde voorzieningen is in beginsel slechts mogelijk door verwijzing van de huisarts, die daarbij tevens de kernfiguur van het eerste echelon is. Beide echelons beslaan zowel de somatische als geestelijke gezondheidszorg en zijn voornamelijk curatief gericht, maar hebben ook preventieve taken. Verder wordt er gesproken over de openbare gezondheidszorg oftewel het basis-echelon, een breed veld van preventieve voorzieningen. Deze zijn, in tegenstelling tot het eerste en tweede echelon, niet zozeer op individuele personen als wel op de gemeenschap gericht.

Op het niveau van het eerste echelon zal een nauwe band moeten ontstaan tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Samenwerking binnen het eerste echelon wordt noodzakelijk geacht om het grotere beroep dat op dit echelon zal worden gedaan goed op te kunnen vangen. Met name de samenwerking in wijkgezondheidscentra wordt genoemd. Wat betreft de contacten met het tweede echelon staat de relatie tussen de huisarts en de specialist centraal. Hier gaat het dan om het gebruik van diagnostische faciliteiten door de huisarts en de consultatie in het eerste echelon door de specialist. Ten behoeve van de georganiseerde thuisgezondheidszorg van de kruisverenigingen, die een krachtige positie in het eerste echelon moet innemen, is een betere samenwerking met andere eerstelijnsverleners noodzakelijk, evenals met de ziekenhuisverpleging. Maar ook een herstructurering is nodig in de zin van integratie, fusering en een structuur van basiseenheden.

Onder regionalisatie wordt verstaan de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van voorzieningen functioneert. Doelbewuste decentralisatie van de planning en de besturing van de gezondheidszorg, met inachtneming van landelijke normen wordt daarbij noodzakelijk geacht. Regionalisatie bevordert niet alleen de bereikbaarheid en de continuïteit van de gezondheidszorg, maar ook zal de betrokkenheid van de bevolking bij (de ontwikkeling van) die zorg daadwerkelijk mogelijk gemaakt worden.

De staatssecretaris staat een opzet voor ogen waarbij de regio zelf

verantwoordelijk is voor het functioneren en het plannen van de gezondheidszorg. Het decentraliseren van bevoegdheden naar de regio met daarbij de wettelijke instrumenten om tot een daadwerkelijke besturing te komen zal de democratisering van de besluitvorming bevorderen. Ten tijde van de Structuurnota was er nog sprake van het vormen van bestuurlijke gewesten (de zogenaamde vierde bestuurslaag), hierbij zouden de te creëren regio's aansluiting moeten vinden. Gezondheidszorg op regionaal niveau betekent niet, dat er voor gemeenten geen taak op het gebied van structureren en plannen zou zijn weggelegd. Integendeel, bepaalde voorzieningen, bijvoorbeeld gezondheidscentra, functioneren net name voor een beperkt gebied (gemeente, en zelfs wijk). Gestreefd zal moeten worden naar een doelmatige inpassing van die voorzieningen in het regionaal kader. Overleg en samenwerking in plaatselijk en regionaal verband zijn daartoe vereist. De gemeente dient hierbij een belangrijke rol te spelen.

Onder het kopje 'democratisering' pleit de nota enerzijds voor meer aandacht voor wensen en klachten van patiënten en anderzijds voor een democratisering in organisaties en bestuurlijke situaties, het betrekken van werkers en (potentiële) patiënten bij besluitvorming en besturing van hulpverleners organisaties.

Voor het goed functioneren en de beheersbaarheid van de gezondheidszorgvoorzieningen acht de nota een aantal wettelijke regelingen nodig. Deze dienen te waarborgen dat de gezondheidszorgvoorzieningen:

- te zamen een stelsel vormen met duidelijke en flexibele structuur;
- binnen dit stelsel in nauwe onderlinge samenhang functioneren;
- kwalitatief afgestemd zijn op hun functie in deze structuur;
- kwantitatief beheersbaar zijn;
- voor onderzoek en evaluatie de nodige gegevens verstrekken.

De nota noemt vervolgens een drietal aan wetgeving: een Wet Gezondheidsvoorzieningen (later de WVG genaamd), waarin de Wet Ziekenhuisvoorzieningen opgenomen zal worden, een Wet Tarieven Gezondheidszorg en een Wet Volksverzekering tegen Ziektekosten. (Deze laatste heeft het niet gehaald aangezien een eventuele doorvoering van het wetsvoorstel onbedoelde inkomenseffecten met zich mee zou brengen).

Zonder een volledige samenvatting van de Structuurnota gegeven te hebben, wat in dit kader ook niet van belang is, willen we tot slot de aandacht vestigen op de werkingssfeer van de nota. De gezondheidszorg wordt als onderdeel gezien van de welzijnszorg. Juist waar het gaat om de organisatiestructuur en om de functionele samenhang van de voorzieningen zal aandacht moeten worden besteed aan de plaats van de gezondheidszorg binnen het geheel van de welzijnszorg. Ten aanzien van de samenhang van de gezondheidszorg met andere

sectoren van welzijnszorg zal door wetgeving nog ordenend opgetreden moeten worden.

De Structuurnota Gezondheidszorg vormt als zodanig de aanloopfase van een toenemende overheidsbemoeienis op het terrein van de volksgezondheid. Het merendeel van de nu nog geldende beleidsuitgangspunten zijn er in verwoord, zij het niet altijd even ver uitgekristalliseerd. **Samengevat** kunnen de volgende uitgangspunten voor toekomstig overheidsbeleid gememoreerd worden:

- een versterking van het eerste echelon en een gelijktijdige afremming en afbouw van de intramurale sector;
- echelonnering;
- regionalisatie;
- bestuurlijke decentralisatie;
- democratisering.

Deze beleidsuitgangspunten dienen vorm te krijgen middels wettelijke regelingen.

De visie ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg kan als volgt worden weergegeven:

- het eerste echelon verdient een centrale plaats in het geheel van de gezondheidszorg;
- het eerste echelon bevat alle niet-gespecialiseerde voorzieningen;
- de huisarts is de kerndiscipline in het eerste echelon;
- de huisarts is de toegangspoort naar de gespecialiseerde voorzieningen, het tweede echelon;
- het eerste echelon moet nauwe banden onderhouden met de maatschappelijke dienstverlening;
- samenwerking binnen het eerste echelon is noodzakelijk, met name gezondheidscentra worden genoemd;
- in de contacten met het tweede echelon staat de relatie huisarts-specialist centraal, maar ook de samenwerking van ziekenhuisverpleging met kruisverenigingen.

Voor al daer waar de Structuurnota spreekt over bestuurlijke decentralisatie zou dat de interesse van de locale overheden gewekt kunnen hebben. Alhoewel de gemeenten met de nota nog niet weten welke taken er precies op hun af zullen komen, is toch duidelijk dat er met name voor de eerste lijn een belangrijke inbreng van de gemeenten wordt verwacht. De geformuleerde beleidsuitgangspunten en visie ten aanzien van de elgz fungeren dan als eerste aanknopingspunt.

Dat de overheid samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg hoog

aanschrijft moge blijken uit de **Voorlopige stimuleringsregeling** die in de periode 1974 tot en met 1979 tot ontwikkeling komt. De eerste versie van deze regeling werd vlak voor het verschijnen van de Structuurnota ingevoerd en voorzag in een subsidie voor het tot stand brengen en verder ontwikkelen van wijkgezondheidscentra waarin minimaal de disciplines huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende samenwerken. Het bevreemdt enigszins wanneer de Ziekenfondsraad stelt dat juist door deze regeling de financiële problemen van gezondheidscentra toenemen (Ziekenfondsraad, 1978). Door de Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra worden volgens de Raad veelal initiatieven ontplooid welke niet onaanzienlijke financiële consequenties met zich mee brengen. Met andere woorden de stimulering door het Rijk brengt weliswaar samenwerkingsverbanden tot stand maar de regeling slaagt er niet in deze financieel gezond te laten functioneren.

De Ziekenfondsraad komt dan ook met een eigen regeling de **Voorlopige richtlijnen** financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze regeling beoogt (in tegenstelling tot de Voorlopige Stimuleringsregeling die slechts een financiële prikkel wil geven) de door samenwerking veroorzaakte meerkosten, indien redelijk, te financieren. Vanzelfsprekend wordt daarbij een stelsel van voorwaarden gehanteerd waaraan de samenwerking moet voldoen.

In 1979 verbreedt het Rijk de Voorlopige stimuleringsregeling. In de toekomst worden daarmee ook niet-gezaamenlijk gehuisveste samenwerkingsverbanden in staat gesteld een subsidie-aanvraag in te dienen. De Voorlopige richtlijnen daarentegen blijven beperkt tot gezondheidscentra die volgens de Raad veel meer met kostenverhogende factoren in aanraking komen dan de niet-gezaamenlijk gehuisveste verbanden. (Voorlopige richtlijnen, 1978; Voorlopige stimuleringsregeling, 1978).

Beide regelingen worden op landelijk niveau uitgevoerd. Gemeenten staan er wat dat betreft ver van af. De samenwerking als zodanig speelt zich dichterbij huis af. Met de regelingen worden ze nogmaals van het belang van multidisciplinaire samenwerking doordrongen.

Ten aanzien van de **wetgeving** willen we hier kort blijven. In de onderhavige periode verkeren de WVG en KSW nog in het ontwerpstadium. Van feitelijke bestuurlijke decentralisatie op het terrein van de gezondheidszorg en specifiek welzijn is derhalve nog geen sprake. Bovendien zullen beide wetten als raamwet fungeren, dat wil zeggen

dat ze nadat ze zijn aangenomen pas ingevuld zullen worden. Hierdoor is het voor gemeenten nog lang niet duidelijk wat er op hen af zal komen. Toch kunnen we ons voorstellen dat ondanks het stadium waarin de wetgeving zich bevindt (of juist daardoor) een aantal gemeenten zich in deze periode bezinnen op de taken die ze eventueel zullen krijgen of hopen te krijgen.

Bij het beperkt aantal gemeenten dat deelneemt aan het bestuurlijk experiment KSW is er vanaf 1979 een start gemaakt met een lokaal beleid, alhoewel zich dat natuurlijk niet direct hoeft te uiten in het uitbrengen van beleidsnota's.

4.2. Gemeentelijke nota's

In de voorgaande paragraaf hebben we een schets gegeven van het rijksoverheidsbeleid in de periode 1974-1979. De gemeenten die in deze periode een nota publiceerden werden al in bijlage I genoemd. Hier geven we de titels van de door hen uitgebrachte nota's:

Utrecht	Beleidsnota volksgezondheid 1976.
Poortugaal	Discussienota eerstelijnsgezondheidszorgBoomgaards- hoek.
Leeuwarden	Beleidsplan extramurale gezondheidszorg: Deelrapport I, Beleidsanalyse.
Hilversum	Invalshoeknota eerstelijns gezondheidszorg.
Lelystad	Opzet van eerstelijnsgezondheidszorg in wijk IV van Le- lystad.
Rotterdam	Beleidsnotitie Eerstelijnsgezondheidszorg.
Vlissingen	Samenwerken in de eerste lijns gezondheidszorg: de rol van de gemeente bij het tot stand komen van samenwer- kingsverbanden.

Voor de nota's van Rotterdam en Vlissingen geldt het pijplijneffect: de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg van de Rijksoverheid, die wij tot de volgende periode rekenen is reeds uit, terwijl uit de inhoud van de nota's blijkt dat deze landelijke nota nog onbekend is. Hieronder volgt allereerst voor iedere nota een korte typering waarna in de volgende paragraaf een meer gestructureerd antwoord op de in de Inleiding gestelde vragen wordt gegeven.

De nota van de gemeente **Utrecht** is een volksgezondheidsnota. Het is een antwoord op de Structuurnota Gezondheidszorg, met een intermediaire functie naar het veld toe (discussienota), waarin de toekomst

stige bemoeienis van de gemeente ten aanzien van de herstructurering van de gezondheidszorg in algemene bewoordingen wordt aangekondigd en haar positie en voornemens ten aanzien van de gezondheidszorg worden geschetst. Door het vooralsnog ontbreken van wettelijke instrumenten worden geen concrete maatregelen genoemd en zal op die punten waar een beleid nu reeds gewenst is (o.a. vestigingsbeleid voor huisartsen, regionalisatie, afstemming van werkgebieden tussen huisartsen en wijkverpleging en het stimuleren van samenwerking tussen de eestelijns werkers) veel afhangen van de bereidwillige medewerking van de belanghebbenden. In dit opzicht kan de opstelling van de gemeente, die in het verlengde van de bedoelingen van de Structuurnota en de ontwerp WVG liggen, realistisch genoemd worden. Van een uitgesproken visie ten aanzien van de el(g)z is in deze nota geen sprake. Wel wordt ondermeer erkend dat het eerste echelon meer nadruk verdient en dat samenwerking en (daarin) de betrokkenheid van de bevolking gestimuleerd moet worden.

De aanleiding voor de inmiddels opgeheven gemeente **Poortugaal** om een Nota op te stellen vloeit niet zozeer voort uit landelijke ontwikkelingen (althoewel die wel ter sprake komen) maar ligt in een dreigende lacune in het lokale voorzieningenstelsel: de nota gaat specifiek in op de planning van de elgz in de nieuwbouwwijk Boomgaardshoek. Met de nota neemt de gemeente het voortouw in het initiëren en begeleiden van de discussie. De nota stelt dat alhoewel het bestuurlijk mogelijk is dat de gemeente een en ander zelf bepaalt, er toch gekozen is voor een gezamenlijke verantwoordelijkheid en een proces van meningsvorming met het particulier initiatief, voor de invulling van de elgz in de nieuwe wijk. Wel formuleert de gemeente haar eigen voorkeur, namelijk het opzetten van een wijkgezondheidscentrum, vanuit de visie dat multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk is voor een goede hulpverlening en dat een gezamenlijke huisvesting daartoe de beste kansen biedt. In dit kader wordt gewezen op de Structuurnota en de Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra. Het valt op dat de nota niet rept over de mogelijke toekomstige taken en bevoegdheden. Waarschijnlijk heeft men zich gerealiseerd dat het uiteenzetten van die aspecten geen functie heeft in de onderhavige problematiek. Het in onderling overleg komen tot een stelsel van voorzieningen in de nieuwe wijk en het aangeven van haar eigen visie zijn dan ook de enige middelen die de gemeente aangrijpt. Tot slot wordt een procedure voorgesteld waarlangs de elgz in de nieuwe wijk gerealiseerd kan worden.

De nota van de gemeente **Leeuwarden** bestaat uit een drietal deelrapporten die liggen op het terrein van de extramurale gezondheidszorg. In de onderhavige periode 1974-1979 verschijnt het eerste deelrapport. Gezien het nog prille stadium waarin het rijksoverheidsbeleid zich bevindt heeft de gemeente zich niet gewaagd aan een uitgesproken visie of standpuntbepaling met betrekking tot de herstructurering van de gezondheidszorg en de rol van het lokale bestuur in deze. Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze nota bijzonder uitgebreid en uitvoerig is. Er is nauwelijks sprake van een terreinafbakening, met andere woorden alles wat maar enigszins tot de extramurale gezondheidszorg gerekend kan worden of daarmee samenhangt wordt meegenomen. De reden daarvoor ligt in de wens om tot een beleidsplan voor de extramurale gezondheidszorg te komen. (Er wordt niet gesproken van elgz, wel komen het kruiswerk en de thuisgezondheidszorg aan de orde, naast terreinen als sportbegeleiding, epidemiologie en bedrijfsgezondheidszorg). Dit deelrapport kan beschouwd worden als een verslag van een oriënterende en verkennende fase: inventarisatie en beschrijving van voorzieningen en het bestuderen van het rijksoverheidsbeleid. Het meest opvallend in onze ogen is wel dat de wens om dit plan op te stellen in eerste instantie niet voortkomt uit het feit dat gemeenten in de toekomst een dergelijk plan moeten opstellen (we vragen ons af of men zich dit überhaupt bewust was in de tijd dat deze wens werd uitgesproken) maar ligt in een meer algemene behoefte om tot een expansie van gemeentelijke bemoeienis te komen. Vervolgens is pas de extramurale gezondheidszorg als mogelijke proefsector geopperd waarvoor een integraal beleid gevoerd zou kunnen worden. In deze verkenningsfase is men zich echter wel bewust geworden van de mogelijke wettelijke taken die op de gemeente af kunnen komen. Zo wordt naast een omvangrijke opsomming van de in Leeuwarden aanwezige voorzieningen uitgebreid stilgestaan bij de Structuurnota (regionalisatie, echelonnering, decentralisatie, de noodzaak van een andere financieringsstructuur) en bij de instrumenten die volgens het ontwerp WVG ter beschikking zullen komen (vestigingsbeleid en planning) Het op te stellen beleidsplan zal volgens Leeuwarden anders dan het toekomstige WVG-plan geen rechtskracht hebben en kan hoogstens als een richtsnoer voor gemeentelijk handelen gelden.

De gemeente **Hilversum** heeft de landelijke belangstelling die er voor samenwerking bestaat aangegrepen voor het opstellen van haar nota, die als discussiestuk naar het veld zal gaan. In het algemeen voelt de gemeente een zekere verantwoordelijkheid voor een goede gezond-

heid van haar burgers. Het streven naar een integrale hulpverlening in de gezondheidszorg wordt daarbij als een belangrijk uitgangspunt genoemd. Ze pleit met name voor de totstandkoming van functionele multidisciplinaire samenwerking en ze geeft een overzicht van allerlei mogelijke vormen zonder daarbij a priori een voorkeur uit te spreken voor een bepaald vorm. Deze is afhankelijk van de behoefte zoals die door de eerstelijns werkers ervaren wordt. In haar beschouwing op de elgz wordt steun gevonden bij de omschrijving hiervan in de Structuurnota, die verder uitgebreid aan bod komt (regionalisatie, echelonnering, gedecentraliseerde planning en versterking van de eerstelijns). Het totstandbrengen van samenwerking dient volgens de gemeente gerealiseerd te worden per stadssektor. Ten behoeve hiervan wordt dan ook een indeling van de gemeente in sectoren voorgesteld alsmede een werkwijze waarlangs het voorgestane beleid concreetiseerd kan worden. Gezien het vooralsnog ontbreken van bevoegdheden en beleidsinstrumenten wordt een concreet beroep gedaan op de elgz. Het veld zelf zal door middel van een adviescommissie o.a. met oplossingen moeten komen voor de per stadssektor gesignaleerde knelpunten in de spreiding van de verschillende disciplines.

De nota van de gemeente **Lelystad** heeft dezelfde oorsprong als die van Poortugaal namelijk de planning van elgz voorzieningen in een nieuwbouwwijk (wijk IV). De opstelling is echter een stuk radicaler. Zo ligt de keuze om de nieuw toe te laten eerstelijns werkers te laten samenwerken en de vorm waarin dat moet gebeuren voor de gemeente vast. De noodzaak van multidisciplinaire samenwerking wordt uitvoerig onderbouwd. Vervolgens is de keuze voor gezondheidscentra niet meer dan een vanzelfsprekendheid. Om te voorkomen dat er zich toch solisten zullen vestigen wordt een vestigingsbeleid voorgesteld. Zoals bekend kon uit het ontwerp WVG afgeleid worden dat deze bevoegdheid mogelijk naar de gemeenten zou gaan. Aan dit ontwerp evenals aan de Structuurnota besteedt Lelystad echter geen aandacht. Ze claimt eenvoudig het recht om een vestigingsbeleid te voeren. Met enige creativiteit heeft ze daartoe ook een mogelijkheid gevonden in een artikel (168) van de Gemeentewet. Op grond hiervan stelt ze zich voor een vestigingsverordening uit te vaardigen waarmee slechts hulpverleners die bereid zijn samen te werken in gezondheidscentra de mogelijkheid wordt geboden zich te vestigen. Met behulp van het bestemmingsplan voor de nieuwbouwwijk ligt bovendien de plaats van vestiging vast. Hiermee wordt dus absoluut geen ruimte geboden aan lossere vormen van samenwerking, laat staan aan solistische hulpverleners. Waren de voorgaande nota's vooral discussiestukken, deze no-

ta is met recht als een beleidsnota te karakteriseren.

De **Rotterdamse** nota is bedoeld als 'praatstuk' voor de diverse eerstelijnsinstellingen, overleggroepen, verenigingen en stichtingen. De notitie dringt aan op het scheppen van een overlegsituatie met het veld waar in gezamenlijk overleg de bestaande knelpunten en hiaten kunnen worden opgespoord, met als doel het in onderlinge overeenstemming bevorderen van samenwerking en integratie en zo mogelijk het nemen van verdere maatregelen die kunnen leiden tot verbetering en optimalisering van de elgz. Uiteindelijk moet dit leiden tot een beleid voor de elgz dat door alle instellingen en organisaties en door alle geledingen wordt onderschreven en gedragen. Van het dwingend opleggen van een visie en plannen is dan ook geen sprake. Ten behoeve van de discussie en de daarin noodzakelijke duidelijkheid wordt een globale plaatsbepaling van de elgz gegeven die vergelijkbaar is met de omschrijving in de Structuurnota (deze komt zelf niet aan de orde). Ook de uitgangspunten wijken niet af van de landelijk gehanteerde mening: voldoende aanbod, bereikbaarheid, continue zorg, inzichtelijke structuur, inspraak patiënt e.d. De notitie is niet meer dan een aankondiging dat de gemeente een beleid ten aanzien van de elgz wil voeren. Hierbij wordt opvallend genoeg niet verwezen naar haar mogelijke toekomstige functie in het kader van de WVG. In een begeleidend stuk wordt zelfs opgemerkt dat de WVG weinig zicht biedt op een aktievere rol van de gemeentelijke overheid!

De laatste nota in de eerste periode is afkomstig van de gemeente **Vlissingen**. In essentie komt het neer op een soort intentieverklaring van de gemeente om samenwerking tussen de hulpverleners in de elgz te stimuleren. Ze spreekt daarbij geen voorkeur uit voor een bepaalde vorm en wil in eerste instantie het initiatief daartoe aan het veld overlaten. De nota kan beschouwd worden als een opstel over verschillende aspecten van multidisciplinaire samenwerking (geïntegreerde versus klassieke hulpverlening, organisatievormen). Weliswaar erkent de gemeente een taak te hebben ten aanzien van het in voldoende mate aanwezig zijn van voorzieningen. Deze vloeit echter voort uit zorginhoudelijke argumenten en wordt niet ontleend aan de beleidsontwikkelingen die zich in deze periode op rijksoverheidsniveau voltrekken. Toekomstige taken, bevoegdheden en instrumenten komen dan ook niet aan de orde. Afhankelijk van de vorm van samenwerking die tot stand komt heeft de gemeente het voornemen in materiële of immateriële zin een bepaalde ondersteuning te leveren.

4.3. Bevindingen

Om enige lijn te brengen in de verscheidenheid van de hier getypeerde nota's geven we onderstaand schema 4.1. waarin een antwoord wordt gegeven op de in de Inleiding gestelde vragen. Tevens is in het schema opgenomen welke elementen uit het schema 2.1. voor de gemeentelijke nota's als referentiekader zijn gehanteerd. We dienen er wat dit punt betreft wel op te wijzen dat in de wijze waarop de gemeente deze referenties gebruikt grote verschillen op treden, afhankelijk van de bedoeling van de nota, van het in één zin noemen tot het uitgebreid bespreken en vertalen naar de gemeentelijke situatie. Dit komt niet of slecht ten dele in het schema tot uiting. Zoals in de inleiding is gesteld beschouwen we het referentiekader als een klimaat waarbinnen de nota's tot stand gekomen zijn. In het schema noemen we derhalve slechts die referenties die de nota aanhaalt, het vormt als zodanig een minimum wat bij de gemeente bekend verondersteld mag worden. Het niet refereren naar een of ander rijksoverheidsstuk betekent niet noodzakelijk dat de gemeente er onbekend mee is, het kan ook betekenen dat het geen functie heeft in of niet van belang is voor de gemeentelijke nota.

Het geven van een karakteristiek is een simplificatie van de vaak complexe inhoud van een nota. We dienen ons dit te realiseren bij het noemen van de belangrijkste bevindingen van de analyse van gemeentelijke nota's uit de eerste periode. Houden we de volgorde aan van de in de inleiding genoemde vraagstellingen, dan kan het onderstaande opgemerkt worden.

ad 1.: Qua werkingssfeer richten de meeste nota's zich specifiek op de elgz. Dit ligt in de lijn van het echelonneringsprincipe uit de Structuurnota.

ad 2.: Voor slechts één gemeente (Utrecht) zijn de met het ontwerp WVG in het vooruitzichtgestelde bevoegdheden, taken, instrumenten de direkte aanleiding voor het opstellen van de (volksgezondheids)nota. Voor twee gemeenten (Hilversum en Vlissingen) ligt het motief in het verlengde van een visie c.q. gewenste ontwikkelingen ten aanzien van de elgz, namelijk het belang van samenwerking voor een goede hulpverlening. De overige gemeenten hebben de nota opgesteld naar aanleiding van een zich voordoend knelpunt (nieuwbouwwijk in Poortugaal en Lelystad) een gevoel van verantwoordelijkheid voor het functioneren van de gemeentelijke elgz (Rotterdam) en een algemene behoefte aan beleidsexpansie waarbij de extramurale gezondheidszorg als proefsector is gekozen (Leeuwarden).

ad 3.: Wat de inhoudelijke strekking van de nota's betreft zijn er op het aandachtspunt 'samenwerking' na (dat met uitzondering van Leeuwarden in alle nota's in meer of mindere mate aan de orde komt) nauwelijks overeenkomsten.

ad 4.: De meeste nota's hebben een discussie stimulerende functie. Dit hangt samen met het vooralsnog ontbreken van wettelijke bevoegdheden en instrumenten. Met een nota wordt dan gepoogd tot consensus met het veld te komen, die dan als basis kan dienen voor het voorgestane of verder te formuleren beleid (Utrecht, Poortugaal, Hilversum, Rotterdam). In de nota van de gemeente Vlissingen wordt de functie niet expliciet genoemd. De beschouwing omtrent samenwerking die wordt gegeven kan worden gezien als een beleidsverkenning. Het deelrapport van Leeuwarden heeft als functie het geven van een inventarisatie van voorzieningen. Dit is slechts een eerste stap in de richting van een op te stellen beleidsplan. De nota van Lelystad neemt een bijzondere positie in. Men maakt een bewuste keuze voor wijkgezondheidscentra en poogt de vestiging van artsen die niet in zo'n centrum willen werken juridisch te verhinderen. Bij deze laatste drie gemeenten is juist geen expliciete rol toebedeeld aan het veld.

ad 5.: Over het algemeen achten de gemeenten de komst van de WVG, voorzover dit in de nota aan de orde komt, van belang voor toekomstig gemeentelijk beleid (Utrecht, Leeuwarden, Hilversum). De gemeenten Poortugaal, Lelystad en Vlissingen besteden geen aandacht aan toekomstige mogelijkheden ex-WVG, evenals Rotterdam die bovendien aangeeft (overigens niet in de nota zelf) daarin weinig vertrouwen te hebben. Met uitzondering van deze gemeente wordt in de nota's gerefereerd naar en soms uitvoerig aandacht besteed aan de bestaande documenten van de rijksoverheid.

5. Periode II: 1980 - eerste helft 1982

5.1. Het rijksoverheidsbeleid

In de periode indeling, zoals we die in de Inleiding hebben aangeduid, is de **Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg** het middelpunt van een tweede fase in het rijksoverheidsbeleid. Het is aan te nemen dat de elementen uit de eerste periode (par. 4.1.) verder van invloed zullen zijn op het gemeentelijk beleid zoals dat tot uitdrukking komt in de lokale nota's uit de nieuwe periode.

Het feit dat de Schets specifiek ingaat op de elgz (de term echelon wordt niet meer gebruikt) geeft het belang aan dat aan dit deel van de gezondheidszorg wordt gehecht. De staatssecretaris (Veder-Smit) stelt dan ook dat in het beleid van de regering de beleidslijn centraal staat, dat versterking van de elgz kan bijdragen tot een meer evenwichtige ontwikkeling van de gezondheidszorg in het algemeen. Het zal een centraal gegeven vormen bij de planning van voorzieningen in het kader van de toekomstige WVG.

Niet alleen op dit punt maar ook ten aanzien van de overige beleidsuitgangspunten stemt de Schets overeen met de Structuurnota, zij het dat sommige meer en duidelijker zijn uitgewerkt. Eén uitgangspunt voegt de Schets nog aan het rijtje toe, namelijk de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid. Wanneer we ze naloopen kan het volgende geconstateerd worden:

- De versterking van de elgz, tot het centrale punt in de gezondheidszorg, kan volgens twee invalshoeken benaderd worden, nl. een kwantitatieve uitbreiding van eerstelijnsvoorzieningen en een kwalitatieve verbetering van de aangeboden hulp.
- Sprak de Structuurnota nog met een zekere stelligheid van het binnen een echelon integreren van voorzieningen in gemeenschappelijke organisatorische kaders, de Schets formuleert voorzichtiger: het waar wenselijk komen tot herschikking en integratie van voorzieningen.
- Ten aanzien van de regionalisering wordt nog een extra dimensie toegevoegd. Binnen de regio's moet een afstemming van werkgebieden plaatsvinden aangezien dit een noodzakelijke voorwaarde is voor een betere samenwerking.
- In het ontwerp-WVG wordt de wettelijke grondslag uitgewerkt voor de bestuurlijke decentralisatie. Bij de ontwikkeling in de elgz

hebben met name de gemeentebesturen steeds een belangrijke rol vervuld door in bestemmingsplannen rekening te houden met de behoefte van voorzieningen, door het beschikbaar stellen van grond of werkruimten, door het geven van subsidies. De Schets stelt dat op gemeentelijk vlak de noodzaak van een goede planning onderkend wordt. Het betrekken van de lagere overheden bij de verdere ontwikkeling wordt dan ook als belangrijk ervaren.

- Evenals het beleidsuitgangspunt van regionalisatie wordt ook democratisering als aanvulling op hetgeen al in de Structuurnota werd vermeld in verband gebracht met samenwerking. Rondom samenwerkingsverbanden, die op zich de herkenbaarheid van de elgz vergroten, is dikwijls een groeiende belangstelling en betrokkenheid van de bewoners waarneembaar. Ruimte bieden voor deze vormen van democratisering is mede een uitgangspunt voor het beleid.
- Het 'nieuwe' uitgangspunt, de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn eigen gezondheid en die van anderen, veronderstelt dat mensen inzake gezondheid en gezondheidszorg niet alleen rechten maar ook plichten hebben. Deze zijn niet afdwingbaar maar hebben een meer moreel karakter. Gezond leefgedrag en verantwoorde levensgewoonten kunnen slechts via sociale acceptatie gestalte krijgen. Zelfzorg en mantelzorg kunnen op het niveau van de elgz goed vorm krijgen, omdat deze sector dicht bij de bevolking is gesitueerd.

Een omschrijving van de elgz geschiedt in deze nota meer uitgesproken. Zo wordt een doelstelling gegeven, de kenmerken worden benoemd en de uitvoerende werkers worden opgesomd. Om met het eerste te beginnen formuleert de Schets de doelstelling van de elgz als: het medeverantwoordelijkheid aanvaarden voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de in een vertrouwensrelatie met de hulpverlener staande individuen en hun gezinnen of andere samenlevingsverbanden in hun thuissituatie.

Deze doelstelling geeft uiting aan het belang van de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Het betekent ook dat hulpverleners samen een verantwoordelijkheid dragen van waaruit overleg en samenwerking noodzakelijk is. Afgeleid van deze doelstelling noemt de Schets de volgende kenmerken van de elgz:

- het generalistisch karakter van de aangeboden hulp en zorg;
- de in principe vrije toegankelijkheid van de daarin werkzame hulpverleners;
- haar situering dichtbij of te midden van de doelpopulatie;
- haar gerichtheid op de mens in zijn thuissituatie;
- de ambulante wijze van hulpverlening.

Door deze kenmerken onderscheidt de elgz zich als sector van de tweedelijnsgezondheidszorg en de basisgezondheidszorg. De kenmerken daarvan laten we in dit bestek onbesproken. De onderscheiden sectoren dienen een samenhangend stelsel van voorzieningen te vormen.

In het rijtje van uitvoerende werkers noemt de Schets ook het algemeen maatschappelijk werk, de gezinszorg en de bejaardenzorg. Deze worden tot de maatschappelijke dienstverlening gerekend en behoren strikt genomen niet tot de elgz. Ze vervullen echter een onmisbare complementaire functie. Dit maakt nauwe samenwerking, afstemming en samenhang tussen deze voorzieningen noodzakelijk. De kerndiscipline is niet langer alleen de huisarts. De wijkverpleging en het algemeen maatschappelijk werk krijgen hetzelfde predicaat.

De doelstelling van de elgz is volgens de nota slechts door het gezamenlijk functioneren van de hulpverleners in onderlinge samenwerking, zowel intra- als interdisciplinair gezien, te bereiken. Samenwerking in enigerlei vorm tussen de kerndisciplines moet als onmisbaar worden beschouwd. Te meer omdat de aangeboden problematiek in veel gevallen zo complex van aard is, dat de hulpverleners van één bepaalde discipline niet in staat geacht worden op adequate wijze hulp te bieden. Samenwerking draagt derhalve bij aan de versterking van de elgz (in kwalitatieve zin).

Op een viertal onderdelen wordt, aldus de Schets, reeds een aantal jaren een beleid gevoerd gericht op versterking van de elgz, namelijk ten aanzien van kruisorganisaties (o.a. uitbreiding personeelsbestand met 3-4% per jaar, onderbrenging kruiswerk onder AWBZ), ter bevordering van samenwerking binnen de eerste lijn (o.a. de voorlopige stimuleringsregeling in 1979 herzien), ter bevordering van samenwerking met andere sectoren (o.a. subsidiëring van nazorgfunctionarissen, experimenten met diagnostische centra) en ter verbetering van de ondersteuning voor wat betreft opleiding, nascholing, onderzoek, registratie en ontwikkeling.

De Schets signaleert knelpunten op het niveau van de uitvoering, de ondersteuning en de beleidsvorming. Hier kunnen op het niveau van de uitvoering genoemd worden problemen als gevolg van taakverzwaring, o.a. door meer nadruk op nazorg en een veranderend morbiditeitspatroon mede door de vergrijzing en voor samenwerking het probleem van niet-samenvallende doelpopulaties van de verschillende hulpverleners en het extra tijdsbeslag door vergadering, patiëntbespreking, etc. Op het niveau van de ondersteuning is er sprake van een gebrek aan samenhang. Op het niveau van het beleid ontbreekt een gemeenschappelijke visie tussen veld, overheid en financiers. Tevens ontbreekt het aan de voor het beleid noodzakelijke gegevens zowel per beroeps-

groep als voor het functioneren van de gehele sector. Een zeer wezenlijk probleem vormt het ontbreken van regel- en sturingsmechanismen die nodig zijn voor de planning van mankracht en middelen, omvang, aard en spreiding van voorzieningen. Met name het ontbreken van een wettelijk vestigingsbeleid wordt als een knelpunt ervaren. Een laatste probleem op dit niveau betreft de financiering. Deze is versnipperd door de verscheidenheid aan bronnen.

Tot slot volgen een reeks van beleidsvoornemens en -maatregelen. Hier noteren we slechts de voor ons relevante voornemens.

- Afstemming van probleemaanbod op de capaciteit in de elgz en wel door het streven naar realisering van (in de Schets geformuleerde) capaciteitsnormen voor de verschillende eerstelijnsdisciplines, door een kritische bezinning op hun takenpakketten, door het bevorderen van GVO en preventieve activiteiten in de elgz en door het bevorderen van een vestigingsbeleid ter regulering van aanbod en spreiding.
- Het bevorderen van de samenwerking tussen de eerstelijns werkers, waarbij de kanttekening wordt gemaakt dat het nastreven van gelijke doelpopulaties nog slechts op vrijwillige basis kan geschieden. In verband hiermee doet de Schets een oproep aan het lokale en subregionale niveau om de situatie ten aanzien van de afstemming van doelpopulaties met alle betrokkenen te bespreken. Op grond van een analyse van de lokale situatie kan gezien worden in hoeverre op basis van vrijwillige medewerking voor gebleken knelpunten oplossingen worden gevonden. Voor het in ondersteunende zin service verlenen aan een dergelijk overleg wordt onder andere de gemeente als aangewezen instantie genoemd. Ook de in ontwikkeling zijnde Regionale Ondersteuningsplatforms zouden in een dergelijk overleg een belangrijke rol kunnen vervullen.
- Het verbeteren van de samenwerking met werkers in andere sectoren, met name tussen huisarts en specialist. De nazorgfunctie van het Kruiswerk dient verbeterd te worden. Tevens moeten diagnostische faciliteiten en een adequaat gebruik daarvan bevorderd worden.
- Het ontwikkelen van regel en stuurmechanismen ten aanzien van de elgz. In het ontwerp WVG is ervan uitgegaan dat de planvorming met betrekking tot elgz-voorzieningen alsmede het vestigingsbeleid zal geschieden op (inter)gemeentelijk niveau. De provincie heeft als taak te letten op de onderlinge afstemming en de afstemming met andere voorzieningen. De Schets wijst er nadrukkelijk op dat reeds met de meningsvorming kan worden begonnen. Ook kan er al, zij het op vrijwillige basis, een aanvang worden gemaakt met het ontwikkelen van instrumenten. Hierdoor kan ervaring worden opgedaan, die

te zijner tijd kan worden gebruikt bij de vaststelling van richtlijnen door gemeenten en provincies op grond van de WVG en die problemen bij de invoering van de wet kunnen voorkomen.

Dat de Schets, evenals de Structuurnota, mede uit bezuinigingsoverwegingen tot stand is gekomen, wordt geïllustreerd door de afsluitende zin in de nota: Ten slotte dient erop gewezen te worden dat, op langere termijn gezien, versterking van de eerstelijns zal leiden tot een zekere ontlasting van de -duurdere- tweedelijnsgezondheidszorg.

Wanneer we de elementen, die de Schets toevoegt aan hetgeen reeds in de Structuurnota aan de orde kwam, **samenvatten**, kunnen de volgende in de sfeer van beleidsuitgangspunten en -voornemens genoemd worden:

- versterking van de elgz zowel door een kwantitatieve uitbreiding als door een kwalitatieve verbetering;
- afstemming van werkgebieden/doelpopulaties;
- ruimte bieden voor democratisering rondom samenwerkingsverbanden;
- de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid en die van anderen: zelfzorg en mantelzorg;
- het afstemmen van probleemaanbod op capaciteit o.a. door het streven naar realisering van capaciteitsnormen en het bevorderen van GVO en preventieve activiteiten;
- het bevorderen van samenwerking in enigerlei vorm tussen de kern-disciplines;
- planvorming met betrekking tot elgz-voorzieningen alsmede het vestigingsbeleid ten aanzien van de eerstelijnswerkers op (inter)gemeentelijk niveau.

De visie ten aanzien van de elgz heeft zich verder ontwikkeld met name waar het gaat om een omschrijving van de elgz en het benoemen van de disciplines die er toe gerekend worden. De volgende aspecten willen we hier nog eens herhalen:

- de elgz stelt zich ten doel medeverantwoordelijkheid te aanvaarden voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de in een vertrouwensrelatie met de hulpverlener staande individuen en hun gezinnen of andere samenlevingsverbanden in hun thuissituatie;
- de elgz heeft een generalistisch karakter en een ambulante wijze van hulpverlening en is vrij toegankelijk, dichtbij de doelpopulatie gesitueerd en gericht op de thuissituatie;
- de huisarts, de wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werker zijn de kerndisciplines;
- nauwe samenwerking, afstemming en samenhang tussen de elgz en het

algemeen maatschappelijk werk, de gezinszorg en de bejaardenzorg is noodzakelijk;

- samenwerking in enigerleivorm tussen de drie kerndisciplines is onmisbaar;
- samenwerking draagt bij aan de versterking van de elgz;
- afstemming van werkgebieden is een noodzakelijke voorwaarde voor een betere samenwerking;
- zelfzorg en mantelzorg kunnen op het niveau van de elgz goed vorm krijgen.

Meer nog dan de Structuurnota wijst de Schets, met het ontwerp-WVG in de hand op de taken die de gemeentelijke overheden in de toekomst zullen moeten uitoefenen. Sterker nog er wordt reeds op een aantal punten aangedrongen op een actieve opstelling, niet alleen ten aanzien van de nieuwe wetgeving (meningsvorming en het op vrijwillige basis ontwikkelen van instrumenten) maar ook ten aanzien van de problematiek rondom afstemming van werkgebieden.

Na de Structuurnota en de ontwerpen WVG en KSW kunnen gemeenten nu ook in de Schets een aanleiding vinden voor een eigen lokaal beleid voor de elgz.

De onderhavige periode eindigt halverwege 1982. Niet omdat daarna de betekenis van de Schets afneemt (die blijft immers zeker nog tot aan het verschijnen van de Nota Eerstelijnszorg overeind staan), maar omdat daarna een belangrijke periode aanbreekt voor wat de wet en regelgeving betreft.

5.2. Gemeentelijke nota's

De gemeenten die in de tweede periode (1980 - eerste helft 1982) een nota hebben uitgebracht noemen we hieronder in chronologische volgorde samen met de titel van de nota. In bijlage I werd reeds de verschijningsdatum genoemd. De nota's van Groningen en Apeldoorn spreken nog over de ontwerp wetten terwijl de WVG en de KSW reeds aangenomen zijn (pijplijneffect).

s'-Gravenhage	Nota eerstelijnsgezondheidszorg te s'-Gravenhage
Lelystad	Beleidsplan eerstelijns gezondheidszorg wijk IV Lelystad.
Oss	Deelplan gezondheidszorg: voor de periode 1982 t/m 1985.
Leeuwarden	Beleidsplan extramurale gezondheidszorg: Deel-

	rapport II, Beleidsuitgangspunten en doelstellingen structuur.
Huizen	Nota gezondheidszorg Huizen.
Bevelandse gemeenten:	
Goes	Vierjarenplan specifiek welzijn '82-'85 (Welzijnsplan '82-'85).
Kortgene	idem.
Wissenkerke	idem.
Borsele	idem.
Kapelle	idem.
Reimerswaal	idem.
Enschede	Discussienota eerstelijnsgezondheidszorg in Enschede, in het kader van de WVG.
Leeuwarden	Beleidsplan extramurale gezondheidszorg: Deelrapport III, Activiteiten en financiële consequenties.
Barneveld	Nota volksgezondheid.
Venray	Welzijnsplan 1982/1985: Deelplan gezondheidszorg.
Breda	Wiers zorg is gezondheidszorg. Discussienota over het gemeentelijk beleid voor de volksgezondheid.
Zeist	Nota Volksgezondheid.
Groningen	Verslag inventarisatie samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg.
Apeldoorn	Beleidsnota eerstelijnsgezondheidszorg.

Net als in paragraaf 4.2. bespreken we bovengenoemde nota's hier afzonderlijk en wordt in de volgende paragraaf een schematisch overzicht gegeven met daaraan gekoppeld de belangrijkste bevindingen.

De nota van de gemeente **Den Haag** ligt duidelijk in het verlengde van de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Er zijn overeenkomsten in de wijze waarop de elgz wordt omschreven. De Structuurnota komt slechts zijdelings ter sprake. Als reden voor het opstellen van de nota wordt de versterking van de elgz (zowel kwantitatief als kwalitatief) en daarmee samenhangend het belang van multidisciplinaire samenwerking aangevoerd. De gemeente acht zich mede verantwoordelijk voor het bieden van voldoende en goed gespreide en bereikbare voorzieningen. Zij zal zich echter dienen te beperken tot het, in overleg met het veld, voeren van een stimulerend en voorwaardenscheppend beleid. De ontwerp WVG en haar inpassing in de KSW worden gemeld.

Verder blijft dit wettelijk kader onbesproken. Wel wordt opgemerkt dat de gemeente de planning van welzijnsvoorzieningen op lokaal niveau tot haar taak rekent. Vooralsnog acht ze de mogelijkheden voor een versterking van de elgz beperkt. Het meest centrale thema in de nota is het bevorderen van samenwerking. Hoewel de gemeente hecht aan de totstandkoming van wijkgezondheidscentra acht zij ook andere vormen van geïntegreerde en gecoördineerde eerstelijns hulpverlening met een minder vaste organisatorische en ruimtelijke structuur van wezenlijk belang. Men staat met andere woorden een pluriforme ontwikkeling voor, waarbij het noodzakelijk is dat afstemming van werkgebieden, praktijkomvang en taakinhoud plaatsvindt. In dit verband wordt, vooruitlopend op een vestigingsbeleid ex-WVG, gewerkt aan een vestigingsverordening op grond van de Gemeentewet. In het belang van een verbetering van de afstemming van werkgebieden is een rayonindeling opgesteld. Er wordt voor gepleit dat ook huisartsen, net als amw en kruisorganisaties hun werkzaamheden hierop afstemmen. Door het reserveren van ruimte in bestemmingsplannen stimuleert de gemeente de vestiging van wijk-accomodaties in stadsvernieuwinggebieden en nieuwbouwwijken waardoor de hulpverlening ruimtelijk geconcentreerd wordt aangeboden. Zodoende wordt, daar waar het niet mogelijk bleek wijkgezondheidscentra te vestigen, tenminste de totstandkoming van een goede wijk- c.q. buurtvoorziening bevorderd. Naast de landelijke regelingen wordt een gemeentelijke subsidieregeling voor (initiatieven tot) multidisciplinaire samenwerkingsverbanden onvermijdelijk geacht. Een voorstel hiertoe wordt in het vooruitzicht gesteld. Een stuurgroep zal belast worden met o.a. de ontwikkeling van samenwerking. De nota analyseert voor praktisch alle disciplines in de elgz de omvang, spreiding en eventuele knelpunten. Ook wordt de situatie omtrent de twee bestaande wijkgezondheidscentra geïnventariseerd en wordt de planning van drie nieuwe centra kort aan de orde gesteld.

Uit de titel van de nota van de gemeente **Lelystad** valt reeds op te maken dat deze voortbouwt op de reeds eerder verschenen en door ons beschreven nota (zie paragraaf 4.2.). Een belangrijk deel van de nota gaat in op de vraag in wiens opdracht een gezondheidscentrum gebouwd zou kunnen worden en daarmee verbonden wie bestuurt en wie exploiteert. Er blijkt een bestuurscommissie ingesteld te zijn, belast met de regeling en het bestuur van de elgz in wijk IV. Hiermee wordt bereikt dat de bevolking kan meebeslissen. De commissie doet in de nota verslag van een plan voor de wijze van exploitatie. Gelet op de woningbouw- en bevolkingsprognose wordt een tijdsplanning gegeven

van de gefaseerde realisering van een gezondheidscentrum voor elk - van de drie buurten in wijk IV. In één buurt waar inmiddels de eerste huizen bewoond zijn is een voorlopig centrum gevestigd in een viertal woningen. Voor dit centrum wordt uitvoerig een begroting gegeven voor 1981. Eind 1982 dient de bouw van het definitieve centrum gerealiseerd te zijn. Ook hiervoor wordt een begroting gepresenteerd. Verder wordt uitgebreid stil gestaan bij de structurering en formalisering van de samenwerking door middel van overeenkomsten en statuten. De in de voorgaande nota aangekondigde vestigingsverordening op grond van de Gemeentewet blijkt door de Kroon geschorst te zijn. Dit vormt een probleem voor het realiseren van een gemeenschappelijk werkgebied en een gezamenlijk cliëntenbestand. Zolang de verordening geschorst is, is men voor het vinden van geschikte hulpverleners aangewezen op de medewerking van de plaatselijke verenigingen van beroepsbeoefenaren. Evenals de vorige nota wordt er geen aandacht besteed aan het landelijk beleid. Slechts op één punt namelijk het zo lang mogelijk handhaven van de patiënt in zijn thuissituatie wordt expliciet verwezen naar de Structuurnota en de Schets.

Het deelplan Gezondheidszorg van de gemeente Oss is gemaakt in het kader van de planning van het specifiek welzijn. De nota komt voort uit het besef dat op grond van de KSW en de daarin op te nemen WVG de gemeente voor de extramurale zorg (en vooral de elgz) mede coördinerend moet optreden en verantwoordelijkheid moet dragen voor de bereikbaarheid, spreiding, samenhang, overzichtelijkheid en democratisering. Uitgaande van deze bestuurlijke decentralisatie is door een plangroep een inventarisatie van de aanwezige gezondheidszorgvoorzieningen uitgevoerd. Daarbij zijn tevens knelpunten en behoeften opgespoord die, uitgaande van een aantal doelstellingen, zijn vertaald in een serie maatregelen. Als hoofddoelstelling geldt het bevorderen van een zo bevredigend mogelijk lichamelijke en geestelijke gezondheid van de bevolking. De subdoelstellingen liggen grotendeels in de lijn van het rijksoverheidsbeleid zoals ondermeer het streven naar c.q. het stimuleren van een optimale kwaliteit en omvang, een wijkgerichte en geïntegreerde dienstverlening, afstemming van eerste en tweede lijn, samenwerkingsverbanden tussen disciplines met functionele samenhang, het betrekken van gebruikers bij beleid van voorzieningen, bevorderen van zelf- en mantelzorg, afstemming van vrijwilligerswerk op wijkniveau. Het zou te ver voeren om op alle aangekondigde maatregelen in te gaan. Hier noemen we er slechts enkele. Als belangrijkste wordt het financieel ondersteunen van een overlegplatform voor de eerste lijn gezien. Via dit platform zouden

veel van de gesignaleerde knelpunten tot een oplossing gebracht kunnen worden. Opvallend in deze nota is de aandacht voor preventie en GVO. Zo heeft een beleid ter bestrijding van alcohol, soft- en harddrugs een bijzonder hoge prioriteit. Een vestigingsbeleid wordt gewenst geacht gezien het groot aantal fysiotherapeuten en het tekort aan apotheken. Het landelijke beleid in deze zal als uitgangspunt gelden en belanghebbenden moeten zoveel mogelijk betrokken worden. Alle maatregelen tezamen geven de richting aan waarin de gezondheidszorg zich in de planperiode 1982 t/m 1985 zou moeten ontwikkelen. We besluiten de bespreking van deze nota met de constatering dat met een zekere vanzelfsprekendheid de gemeente als plannende instantie wordt beschouwd, terwijl er nog geen sprake is van bestuurlijke decentralisatie. Echter, "plannen" en "besturen" kunnen in deze nota, gezien de aard van de maatregelen, beter vervangen worden door termen als "initiëren" en "begeleiden". De functie van de gemeente blijft voornamelijk beperkt tot het aansporen van het veld om geconstateerde knelpunten op te lossen.

De gemeente **Leeuwarden** brengt in de onderhavige periode twee deelrapporten uit, volgend op het reeds in het vorige hoofdstuk beschreven deelrapport. Samen vormen ze, zoals gezegd, één nota. Hier bespreken we achtereenvolgens de twee resterende delen.

Het eerste deelrapport hebben we gekarakteriseerd als zijnde een inventarisatie van de aanwezige extramurale voorzieningen als eerste aanzet voor een op te stellen beleidsplan. In het tweede deelrapport worden de uitgangspunten beschreven waarop het toekomstig beleid gebaseerd zal worden en de doelstellingen die daarbij nagestreeft zullen worden. Uitgangspunten zijn onder andere: een actieve rol van de gemeente die een goede gezondheidszorg garandeert en initiërend en sturend optreedt; een goed plansysteem; betrokkenheid burgers en beroepsbeoefenaren bij beleidsvorming; samenhang met intramurale voorzieningen; mogelijkheid tot integratie in gemeentelijk welzijnsplan; goede toegankelijkheid; verschuiving van curatief naar preventief en een versterking van de elgz. Bij de toelichting op deze punten wordt verwezen naar de Structuurnota, de ontwerp WVG en KSW en de Schets. De rest van het rapport wordt in beslag genomen door een 'doelstellingenstructuur'. Hieronder vallen in een hiërarchisch verband hoofd-, sub- en enkelvoudige doelstellingen. De wijze waarop doelstellingen geformuleerd zijn verwijst eveneens naar het rijksbeleid. Zo geldt als hoofddoelstelling het instandhouden van een overzichtelijk, samenhangend, doelmatig en toegankelijk stelsel van voorzieningen voor extramurale gezondheidszorg, dat is afgestemd op

de behoefte en is gericht op het bevorderen van een goede gezondheidssituatie. Wat tot de extramurale gezondheidszorg wordt gerekend blijkt uit de subdoelstellingen. Deze worden gepresenteerd voor de basisgezondheidszorg, de elgz en de aggz. Voor de elgz is de formulering als volgt: het op democratische wijze, d.w.z. mede in overleg met de betrokkenen, instandhouden en versterken van de elgz als een voor ieder toegankelijk integraal zorgsysteem dat gericht is op een persoonsgerichte doorlopende zorg voor de gezondheid van de hulpvrager in zijn thuissituatie. Hieruit komen weer specifiekere doelstellingen, zoals het initiëren en bevorderen van samenwerkingsverbanden, bij wijze van experiment het realiseren van een wijkgezondheidscentrum en het verbeteren van de geografische, psychologische en functionele bereikbaarheid, voorzover mogelijk via een door de rijksoverheid te ontwikkelen vestigingsbeleid.

Het derde deelrapport beoordeelt alle doelstellingen op hun prioriteit, met behulp van criteria ontleend aan de Structuurnota en de ontwerp WVG en vertaalt ze in activiteiten. De realisatie van een wijkgezondheidscentrum heeft een hoge prioriteit. De daarvoor te ondernemen activiteiten zijn gekoppeld aan de ter beschikking staande instrumenten (subsidie, verkoopvoorwaarden, bestemmingsplan). Ook het onderzoek naar de wenselijkheid van meer gezondheidscentra of andere vormen van samenwerking heeft prioriteit. Hiertoe zal advies gevraagd worden aan een gemeentelijke commissie, waarbij wijkbewoners worden betrokken. Een vestigingsbeleid wordt als belangrijk ervaren mede ook voor het stimuleren van samenwerking. Perspectieven liggen zowel in de WVG als in de gemeentewet (hierbij wordt verwezen naar Lelystad). Voor deze en alle andere doelstellingen worden activiteiten en daarmee verbonden de instrumenten die gehanteerd zullen worden in volgorde van prioriteit op een schematische wijze gepresenteerd. Tevens zijn de activiteiten in de tijd uiteengezet en zo mogelijk voorzien van een prijskaartje.

Al met al besteden beide deelrapporten nauwelijks aandacht aan de Schets. Andere documenten komen meer aan bod. Bezien we alle drie rapporten als één nota dan concluderen we dat het uiteindelijke resultaat beschouwd moet worden als het vaststellen van een beleid dat de gemeente wil voeren ten aanzien van de extramurale gezondheidszorg. Met het laatste deelrapport ligt er een activiteitenplan dat als basis kan dienen voor toekomstig op te stellen WVG-vierjarenplan.

De gemeente **Huizen** heeft het opstellen van haar nota uitbesteed aan de afdeling Sociaal-Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek (SGB0)

van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Alhoewel de nota zich richt op de gehele gezondheidszorg is de aandacht voor de tweede lijn veel geringer dan voor de eerstelijns en de basisgezondheidszorg, waarvoor immers de bemoeienis van de gemeente in de nabije toekomst (de WVG ligt ter behandeling bij de Eerste Kamer) zal toenemen. In deze bestuurlijke decentralisatie ligt ook de ontstaansreden van de nota. Uitvoerige aandacht wordt besteed aan het rijks-overheidsbeleid, onder andere de Structuurnota, de Schets en de WVG. De KSW wordt slecht zijdelings genoemd. Vervolgens worden sociografische gegevens verstrekt met de bedoeling zicht te krijgen op de samenstelling van bevolking in relatie tot aanbod aan voorzieningen. Verder wordt een inventarisatie gegeven van de aanwezige gezondheidszorgvoorzieningen en eventueel ervaren knelpunten. Het laatste hoofdstuk omvat doelstellingen en voornemens. In de doelstellingen zijn de volgende aspecten verwerkt: eigen verantwoordelijkheid, versterking eerste lijn, bereikbaarheid, democratisering en participatie, samenhang, preventieve zorg, diversiteit aan voorzieningen en integratie met andere welzijnsvoorzieningen. Onder het kopje beleidsvoornemens wordt met betrekking tot de elgz, vanuit een beschouwing over samenwerking en geïntegreerde hulpverlening, de wens uitgesproken om een vestigingsbeleid te voeren. Een mogelijkheid om wat aan versterking van de elgz te doen wordt gevonden in het creëren van overlegstructuren in het veld. In afwachting van de uitvoeringsbesluiten van de WVG kan de ambtenaar gezondheidszorg in deze een coördinerende taak gegeven worden. In tegenstelling tot voorgaande nota's is er veel minder sprake van beleidsbepaling. De nota dient eerder als een verkenning van een nieuw beleidsterrein beschouwd te worden.

De zes **Bevelandse gemeenten** vormen tezamen een proefgebied in het kader van het bestuurlijk experiment KSW. Iedere nota afzonderlijk is een welzijnsplan voor de periode 1982-1985, bestaande uit de drie onderdelen van specifiek welzijn, te weten: zorg, educatie- en recreatie. Dit brede veld (waartoe bijvoorbeeld naast gezondheidszorg ook de amateuristische kunstbeoefening, peuterspeelzalen, speeltuinen, hobbyclubs en volksfeesten gerekend kunnen worden) maakt dat de nota's in het geheel bijzonder omvangrijk zijn, maar op onderdelen oppervlakkig blijven. In alle zes de nota's is een paragraaf gereserveerd voor de elgz. Deze bevatten een aantal bestanddelen die onderling met elkaar overeenkomen, waaruit blijkt dat de gemeenten bij de formulering van hun nota met elkaar contact gehad hebben. Voor de gemeente Wissenkerke gaat dit niet op. In haar nota wordt op de

bladzijde die over de elgz gaat, alleen de bereikbaarheidsproblematiek op het platteland aan de orde gesteld. Bovendien wordt daarvan gezegd dat de gemeente op dat punt geen taak heeft regelend op te treden. De andere nota's zijn uitgebreider, de volgende aspecten komen erin aan de orde: rijkoverheidsbeleid (ontwerp WVG en Schets); omschrijving elgz in het algemeen en het aanbod van lokale voorzieningen in het bijzonder; beschrijving van de zich voordoende knelpunten (slechte spreiding en veelal ontbreken van samenwerking); doelstellingen voor beleid (versterking eerste lijn, bereikbaarheid, samenhang, democratisering). Van de in de nota's voorgestelde beleidsvoornemens kan opgemerkt worden dat de gemeenten nog tastend bezig zijn en zich oriënterend opstellen. Er blijkt een regionale adviesgroep te zijn die aanbevelingen ten aanzien van een aantal onderwerpen moet ontwikkelen, zoals de meest wenselijke samenwerkingsvorm; de consequentie van samenwerking in tijd en geld; de wenselijkheid van een regionaal platform ter ondersteuning van samenwerking; de inschakeling van vrijwilligers; de ontwikkeling van een plan voor GVO; de organisatie van inspraak door gebruikers. In de loop van 1981-1982 zullen adviezen hierover uitgebracht moeten worden waarbij ook de plaatselijke overleg-organen/werkgroepen ingeschakeld dienen te worden. De gemeenten zijn zich bewust van de toekomstige mogelijkheden die de WVG zal bieden (planning, vestigingsbeleid). Op het moment ontbreekt het aan instrumenten. De rol die de gemeenten voor zich zien weggelegd wordt door hen aangegeven als "samenroeper", dat wil zeggen als initiator voor het totstandbrengen van overleg. Dit wordt met name van belang geacht bij het op gang brengen van samenwerking. Ten aanzien van de gemeente Goes willen we hier nog opmerken dat zij in haar nota pleit voor een wijk- oftewel kerngerichte organisatie van de elgz. Een verplichting voor hulpverleners om samen te werken wordt daarbij als reële mogelijkheid gezien. Alhoewel de Bevelandse nota's zeggen vierjaren-welzijnsplannen te zijn willen wij stellen dat dit, althans voor wat de elgz betreft, een titel is met te veel pretenties. De planvorming verkeert nog in een oriëntatiefase.

De nota van de gemeente **Enschede** is in vergelijking met het tot hier besprokene bijzonder beknopt. De titel verradt al dat het een discussienota is in het licht van de WVG. In het kort wordt stilgestaan bij het rijksoverheidsbeleid. De Structuurnota wordt genoemd als zijnde de basis voor o.a. de WVG. De elgz vormt binnen de WVG een belangrijk beleidsterrein vandaar ook dat de Schets is verschenen.

Dit laatste is voor Enschede de aanleiding geweest om zelf een nota uit te brengen. Afgezien van een vergelijking van de landelijk gehanteerde volume normen met de omvang van de elgz in de gemeente (zonder dat daaraan conclusies worden verbonden) en de beschrijving van de elgz worden er geen inhoudelijke aspecten aan de Schets ontleend. Deze rijksnota wordt met name gezien als een bevestiging van de rond de WVG ontstane indruk dat het juist de elgz zal zijn waarover de gemeenten planningsbevoegdheden zullen krijgen. De gemeente blijkt een voorstander en stimulator van gezondheidscentra te zijn. Zo ligt er een nota (?) over de spreiding en ruimte-behoefte van gezondheidscentra en zijn er plannen voor een gemeentelijke startsubsidie. Daarnaast wordt een vestigingsbeleid wenselijk geacht. Aangezien met de bestaande middelen op het gebied van de ruimtelijke ordening ongewenste vestigingen niet tegen kunnen gaan, is een concept vestigingsverordening op grond van de Gemeentewet opgesteld, dit in afwachting van de WVG. Overigens wordt daarbij gewezen op de verordening in Lelystad die eveneens problemen lijkt te geven. Het feit dat de nota als een discussiestuk wordt betiteld zit in het door de gemeente geconstateerde knelpunt dat voor het planningsregime van de WVG niet het gebruikelijke motto geldt dat "wie betaalt, bepaalt". Met andere woorden de plannende instantie (één van de overheden) is een andere dan de betalende instantie (ziektekostenverzekeraars). Deze situatie wordt als gecompliceerd ervaren en zal discussie vergen. Daarna kunnen de in de WVG voorgeschreven overleg/advies structuren worden opgezet waar dan ook het veld en gebruikers bij betrokken dienen te worden.

De nota van **Barneveld** komt voort uit de deelname van de gemeente aan een districtsgeneeskundige dienst (DGD) vanaf het eind van de jaren zeventig. Hiermee werd het gemeentebestuur zelf verantwoordelijk voor het voorkomen van besmettelijke ziekten en nemen van al die maatregelen die geneeskundig gewenst of noodzakelijk worden geacht. De nota constateert dat er in de WVG sprake is van basisgezondheidsdiensten (waaronder de DGD's worden begrepen) met een minimum pakket van werkzaamheden. De gemeentelijke overheden zullen worden belast met de instelling en instandhouding van deze diensten. In dit licht wordt een globale schets gegeven van de gezondheidszorg met aandacht voor het rijksoverheidsbeleid (met name de Structuurnota) en in verkennende zin de toekomstige gemeentelijke bemoeienis. De nota wijst er wat de bestuurlijke decentralisatie betreft op dat naast de basisgezondheidszorg waarschijnlijk ook de elgz tot de verantwoordelijkheid van de gemeente gaat behoren. Vooruitlopen op het vesti-

gingsbeleid door middel van de gemeentewet behoort sinds de vernietiging van de vestigingsverordening van Lelystad door de Kroon niet meer tot de mogelijkheden. Afgezien van deze constatering worden er niet veel meer woorden aan de elgz besteed. Barneveld heeft weinig gezondheidszorgvoorzieningen. Voor de tweede lijn is de bevolking dan ook aangewezen op een aantal omliggende gemeenten. Dit wordt als een onoplosbaar knelpunt ervaren. Van belang is het te vermelden dat vooral aandacht wordt besteed aan de basisgezondheidszorg en dat de gemeente in het algemeen een afwachtende houding aanneemt aangezien de WVG nog niet is aangenomen en het nog niet duidelijk is hoe die precies zal worden ingevuld.

De gemeente **Venray** heeft haar nota opgesteld in het kader van de te verwachten decentralisatie van het welzijnsbeleid op grond van de KSW. Het hier te bespreken Deelplan Gezondheidszorg richt zich uitsluitend op de elgz en de basisgezondheidszorg. De tweedelijnsgezondheidszorg komt niet aan de orde omdat deze voorzieningen niet tot de planningsverantwoordelijkheid van de gemeenten zullen behoren. Allereerst formuleert de nota beleidsuitgangspunten. Deze stoeien op de Structuurnota (regionalisatie, echelonnering, democratisering en aandacht voor preventie) en op de ontwerp WVG (vierjarenplan, vestigingsbeleid, betrokkenheid burgers en veld). Verder pleit de gemeente wat de elgz betreft voor samenwerking tussen personen en instellingen op basis van gelijkwaardigheid. Met name in nieuwbouwwijken moet prioriteit gegeven worden aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, bij voorkeur in één accommodatie. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de geïnterpreteerde voorzieningen alsmede van gesignaleerde knelpunten. Wat dit laatste betreft geldt onder andere een concentratie van huisartsen en in vergelijking met de over verschillende kerkdorpen verspreide bevolking. De Schets komt slechts beperkt aan de orde namelijk als bron waarin capaciteitsnormen voor de elgz voorzieningen worden gegeven. De uitgangspunten en knelpunten worden vertaald in beleidsvoornemens, onder andere: streven naar samenwerkingsverbanden liefst wijk- ofwel dorpsgericht (in één wijk is reeds een wijkgezondheidscentrum gevestigd); bevorderen van voldoende aanbod; nagaan of en op welke wijze voorzieningen optimaal gespreid kunnen worden; het instellen van een GVO-commissie. Gezien de vooralsnog beperkte mogelijkheden hangt het realiseren van het merendeel van de voornemens af van de resultaten van overlegvoering met betrokkenen, bijvoorbeeld ten aanzien van vestigingsbeleid, en van het toekennen van subsidies, bijvoorbeeld ten behoeve van de algemene patiënten vereniging. Vooruitlopend op de WVG wil de ge-

meente nu reeds de zogenaamde plancommissie instellen met vooral een adviserende en signalerende functie naar het gemeente bestuur toe. De beleidsvoornemens en de daarvoor te ondernemen activiteiten worden in een tijdschema met als looptijd de periode '82-'85, geplaatst en zo mogelijk voorzien van financiële consequenties.

De naderende WVG is ook voor de gemeente **Breda** de reden om een nota op te stellen. Hiermee wordt getracht bouwstenen aan te dragen voor het te ontwikkelen gemeentelijk volksgezondheidsbeleid, dat in samenspraak met gebruikers, werkers en andere belanghebbenden gestalte moet krijgen. Er wordt een schets gegeven van het landelijk beleid (Structuurnota, WVG, KSW en Schets), de toekomstige taken van de gemeente en een omschrijving van de gezondheidszorg in termen van echelonnering conform de Schets. Verder zijn de Bredase voorzieningen geïnventariseerd (gedeeltelijk ook op wijkniveau) en worden de uitgangspunten en eerste aanzetten voor een volksgezondheidsbeleid aangegeven. Een nadere uitwerking zal plaatsvinden na discussie over de nota in een brede kring. De gemeente gaat er van uit dat ze een verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid van haar burgers. Op grond hiervan worden de volgende uitgangspunten gesteld: eigen verantwoordelijkheid van de burger; doelmatig en doeltreffend aanbod van basisgezondheidszorg- en elgz- voorzieningen (tweede lijn valt buiten gemeentelijke bevoegdheid); onderkennen en beperken van gezondheidsbedreigende factoren. Om een beleid op gang te brengen kan niet langer worden volstaan met de beleidsadvisering door de DGD, die immer ook voor nog 20 andere gemeenten werkt. De gemeente zal zelf voor ambtelijke ondersteuning zorg moeten dragen. Verder wil de gemeente haast maken met de planning van de basisgezondheidszorg en elgz. Het gemeentelijk plan moet bewerkstelligen dat de eigen verantwoordelijkheid een duidelijke plaats krijgt door het versterken van de zelfzorg en mantelzorg, GVO en patiënteninformatie en door het bevorderen van de invloed van de gebruiker op het functioneren van de voorzieningen. Ook dient het plan een kwantitatief en kwalitatief voldoende aanbod van voorziening tot stand te brengen, alsmede geografische en functionele afstemming van voorzieningen. Het is van belang dat elgz-voorzieningen hun werkgebieden laten samenvallen en dat er onderlinge samenhang is met voorzieningen uit de tweede lijn. De gemeente onderschrijft het streven tot het vormen van samenwerkingsverbanden, liefst op het niveau van de wijk. Het te voeren vestigingsbeleid maakt een wezenlijk onderdeel uit van het gemeentelijk plan. De gemeente wil zo snel mogelijk starten met het opstellen van het plan en daarmee vooruitlopen op de WVG. Ze wil

derhalve ten spoedigste een adviescommissie benoemen zoals de WVG voorschrijft. Hiermee kan al de nodige ervaring worden opgedaan voor wanneer de WVG formeel inwerking treedt.

De nota Volksgezondheid van de gemeente **Zeist** is indrukwekkend door haar omvang. In het totaal zijn er een zestal afzonderlijke publicaties. Eén deel is gewijd aan de uitgangspunten en doelstellingen. Drie delen doen verslag van een inventarisatie van voorzieningen in respectievelijk het basis, eerste en tweede echelon. Eén deel bevat een inspraakverslag en een overzicht van wijzigingen en aanvullingen op de ontwerp-nota. Het laatste deel geeft een samenvatting. De reden van het samenstellen van de nota is wederom de komst van de WVG. Het volgende geldt als hoofddoelstelling: Het scheppen en handhaven van een maatschappelijk klimaat waarin de individuele burgers zich bewust zijn van een eigen verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid en die van de mensen uit hun sociale omgeving en daarvoor zorg kunnen dragen. Als subdoelstellingen gelden: het bevorderen van de bereikbaarheid; het bevorderen van de participatie; het stimuleren van particuliere initiatieven; het streven naar goede onderlinge samenhang. De nota verwijst herhaaldelijk naar de Schets, niet alleen bij de omschrijving van de elgz en haar kenmerken maar ook in de inventarisatie van voorzieningen, waar de relatie wordt gelegd tussen gemeentelijk aanbod (per wijk) en landelijke capaciteitsnormen. De subdoelstellingen worden per echelon uitgewerkt. Voor de elgz doet zich de Schets ook daar duidelijkvoelen. Zo komen daarbij de volgende aspecten aan de orde: evenwichtige spreiding, thuiszorg, zelfhulp, stimuleren van vrijwilligerswerk, bevorderen van overleg en meer gestructureerde samenwerking en het geografisch bij elkaar brengen van groepen eerstelijns werkers. De ruimte die de gemeente heeft wordt vooral bepaald door de wettelijke en financiële bepalingen van de rijksoverheid. De nota van Zeist bevindt zich duidelijk in de verkennende sfeer, waarbij de nadruk niet zozeer ligt op de toekomstige taken en bevoegdheden maar meer op een inventarisatie van voorzieningen en een opsomming van doelstellingen voor een goede gezondheidszorg, die met name door het voeren van overleg te realiseren moet zijn.

In het licht van de tot hier besproken nota's neemt die van **Groningen** wel een bijzondere plaats in. Zo is het verslag volkomen gewijd aan het thema samenwerking. Ook is het opvallend dat de auteur van de nota vermeld wordt en dat deze speciaal is aangetrokken (als projectontwikkelaar) voor het opzetten van die nota in een tijdsbe-

stek van 5 maanden. De aanleiding voor het verslag ligt in het ontwerp welzijnsplan '82-'85. Hierin noemt de gemeente voor het terrein van de gezondheidszorg de volgende uitgangspunten: accentverschuiving van curatieve naar preventieve zorg; integratie van de medische en maatschappelijke dienstverlening; stimulering van de betrokkenheid van mensen bij hun eigen gezondheid; vergroting van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Bij de verdere uitwerking van deze uitgangspunten werd ondermeer het bevorderen van samenwerking in de elgz genoemd. Daaruit vloeide de maatregel voort een projectontwikkelaar elgz aan te trekken met als resultaat het onderhavige verslag. Indirekt vloeit de nota dus voort uit de bestuurlijke decentralisatie op grond van de WVG en KSW. Deze worden echter niet toegelicht, evenmin de Schets. Daarentegen komt de Structuurnota uitgebreid aan bod. Het verslag bevat de resultaten van een inventarisatie van samenwerkingsverbanden en van ervaringen met en ideeën over samenwerking bij de drie kerndisciplines. Tevens worden door de auteur aanbevelingen geformuleerd voor het wegnemen van knelpunten ten aanzien van samenwerking danwel voor het voeren van verdere discussie tussen veld (o.a. samenwerkingsverbanden) en gemeente. De nota heeft zelf niet de bedoeling beleidsuitgangspunten, doelstellingen, voornemens en maatregelen te formuleren of aan te kondigen.

Voor de gemeente **Apeldoorn** zijn landelijke ontwikkelingen (zowel wetgeving als nota's) aanleiding geweest om de nota op te stellen. Allereerst wordt een omschrijving gegeven van de elgz op een wijze overeenkomstig de Schets. Vervolgens wordt de elgz geïnterpreteerd en het gemeentelijk aanbod getoetst aan de landelijke normen eveneens ontleend aan de Schets. Daarna wordt een overzicht gegeven van wetten op het terrein van de gezondheidszorg, waaronder de WVG en van verschillende alternatieven om een vestigingsbeleid te voeren (WVG, Gemeentewet, Ziekenfondswet, overlaten aan beroepsgroep). Samen met het vestigingsbeleid staan de thema's samenwerking en democratisering nadrukkelijk in de nota's op de voorgrond. Alle drie de thema's worden uitvoerig besproken met name waar het de instrumenten betreft die de gemeente kan aangrijpen om een en ander uit te voeren. Gezien de stand van zaken omtrent de wetgeving, waarin enerzijds duidelijk is dat gemeenten bevoegdheden en taken zullen krijgen anderzijds echter nog niet met zekerheid welke en wanneer pleit de gemeente voor een overgangssituatie. Hierin treedt het gemeente bestuur initiërend op en wordt gestreefd naar wederzijdse vrijwillige deelname, terreinverkenning en, waar mogelijk, samenwerking. Uit de nota valt op te maken dat de vrije arts- en patiëntenkeuze hoog

in het vaandel staat en slechts dan een verplichtend vestigingsbeleid gevoerd zal worden indien dat bij wet wordt voorgeschreven. Ten aanzien van de drie thema's wordt een veelheid aan doelstellingen geformuleerd, knelpunten aangestipt en beleidsvoornemens uitgesproken. We beperken ons tot enkele: onderzoek naar spreiding van elgz-voorzieningen; in overleg nagaan op welke wijze wijk- en dorpsgerichte waarneemgroepen kunnen worden gevormd; onderzoek in welke delen van Apeldoorn een (wijk)gezondheidscentrum kan worden gerealiseerd; stimulering van de totstandkoming van gezondheidscentra of anderszins andere samenwerkingsvormen liefst wijk- ofwel dorpsgericht door initiëren van overleg; het voeren van overleg met het veld door middel van een inspraakprocedure inzake deze nota, onder andere om contacten op te bouwen voor een in de nabije toekomst verplicht te voeren lokaal beleid met betrekking tot de elgz.

5.3. Bevindingen

Het hieronder gepresenteerde schema 5.1. geeft wederom per nota een antwoord op de vraagstellingen. De volgende opmerkingen willen we daarbij plaatsen. De nummering verwijst weer naar de vraagstellingen in de Inleiding.

ad 1.: Het aantal nota's dat zich uitsluitend richt op de elgz is, vergeleken met de nota's die een ruimere werkingssfeer hebben, kleiner in aantal.

ad 2.: Verder kan geconstateerd worden dat de aanleiding voor het opstellen van een nota met name ligt in het verlengde van ontwikkelingen in de wetgeving. In beduidend mindere mate komt een nota voort uit een landelijk uitgesproken visie of gewenste ontwikkelingen ('s-Gravenhage, Enschede) of uit lokale behoeften/knelpunten dan wel eerder geformuleerd lokaal beleid (Lelystad, Leeuwarden, Groningen). Beide punten zijn nogal in strijd met wat we op grond van ons referentie kader mogen verwachten. Immers, de enige uitbreiding die we in deze periode gezien hebben is juist, dat er landelijk, meer dan in de voorgaande periode, accent gelegd wordt op de elgz door het uitbrengen van de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Wanneer we ons echter realiseren, dat juist in deze tweede periode de WVG en KSW door de Tweede Kamer werden aangenomen (eind april 1981), en in de praktijk van het politieke bestel van Nederland daarmee verondersteld kon worden dat deze wetten ook de Eerste Kamer heelhuids zouden passeren, dan ligt hierin de verklaring. Alhoewel gemeenten nog niet wisten hoe en wanneer de bestuur-

Schema 5.1.: Schematisch antwoord op de vraagstellingen m.b.t. gemeentelijke nota's uit de periode II.

Karakteristiek van nota	's-Gravenhage	Lelystad	Oss	Leeuwarden
werkingsfeer	elgz	elgz	gezondheidszorg	extramurale gezondheidszorg
aanleiding/motief	verschijnen van Schets: noodzaak van versterking elgz en belang van samenwerking	nieuwbouwwijk (zie schema 4.1)	te verwachten bestuurlijke decentralisatie vlg. KSW/WVG	zie schema 4.
strekking	visie op samenwerking; pluriforme ontwikkeling, geïntegreerde hulpverlening op rayon niveau; beperkte rol van gemeente: m.b.v. bestemmingsplannen stimuleren van wijkaccommodatie	planning en exploitatie van wijkgez.h. centr. structurering en formalisering van samenwerking	op grond van geïnventariseerde knelpunten en gelet op geformuleerde doelstellingen worden maatregelen aangekondigd in de vorm van een plan voor '82-'85: subsidiëring overlegplatform, aandacht voor preventie en GVO, vestigingsbeleid is gewenst	formulering van punten en doelstellingen, daaraan koppeld actieplan, dit als reiding op WV voor elgz o.a. leren samenwerken ontwikkelen van vestigingsbeleid
functie	beleidsbepaling	beleidsbepaling	beleidsbepaling	beleidsbepaling
voorwaarden/beperkingen	overleg met veld; beperkte mogelijkheden voor versterking; totstandbrengen vestigingsverordening ex Gemeentewet en gemeentelijke subsidieregeling voor samenwerking	schorsing vestigingsverordening ex-Gemeentewet door Kroon, waardoor o.a. realisering gemeenschappelijk werkgebied/doelpopulatie in de wijk moeilijk is	oplossen knelpunten is afhankelijk van overlegplatform en het veld in het algemeen; landelijk beleid t.a.v. vestigingsbeleid zal uitgangspunt zijn	voor versterking eerstelijns en stimuleren van samenwerking is vestigingsbeleid nodig; budget mogelijkheden gemeente; belasting hogere overheidsinstellingen t.a.v. WVG
referentiekader	Schets; Structuurnota; ontwerp WVG, KSW; stimuleringsregeling; richtlijnen ziekenfondsraad	Schets; Structuurnota; stimuleringsregeling; richtlijnen ziekenfondsraad	ontwerp KSW, WVG; Schets	Schets, Structuurnota; ontwerp WVG; stimuleringsregeling; richtlijnen ziekenfondsraad

	Huizen	Bevelandse gemeenten	Enschede
ond-	gezondheidszorg	specifiek welzijn	elgz
	te verwachten bestuurlijke decentralisatie vlg. WVG	bestuurlijk experiment KSW	verschijnen van Schets
gangs- stel- ge- teiten- voorbe- plan; stimu- ring sti-	verzamenen van bevolkingsgege- vens; inventari- seren van voor- zieningen; formu- lering en voorne- mens: creëren over- legstructureren, aantrekken ambte- naar	welzijnsplannen t.a.v. elgz: in- ventarisatie van aanbod en knel- punten, formule- ring doelstel- lingen, behoefte aan aanbevelingen door adviesgroep t.a.v. o.a. be- vordering van samenwerking	gemeente stimu- leert gezondh. centra en wil ves- tigingsbeleid voe- ren, concept ver- ordening ex Gemeente- wet is opgesteld; probleem m.b.t. WVG: planner en betaler zijn gescheiden
	beleidsverkenning	beleidsverkenning	discussie
vg sti- nen- li- WVG aire ran ed in	voor het voeren van vestigingsbe- leid is de WVG noodzakelijk; veranderingen in de elgz zijn af- hankelijk van overlegstructuren	bevoegdheden/in- strumenten ex WVG ontbreken; voor- alsnog is de ge- meente afhankelijk van door haar te starten overleg met veld wachten is op aanbevelingen van adviesgroep	indien vestigings- verordening niet mogelijk is dan is het wachten op de WVG; afstemming op- vattingen tussen gemeente en finan- ciërs zodat planning vlg. WVG ook uitge- voerd kan worden
urno- i, KSW; geling; kenfonds- men ziekenfondsradaad	Schets; Structuur- not; ontwerp WVG, KSW, stimulerings- regeling; richtlij- ven ziekenfondsradaad	ontwerp KSW, WVG; Schets	Schets; Structuurnota; ontwerp WVG

lijke decentralisatie zou plaatsvinden ging het merendeel er, volgens ons schema, vanuit dat dit binnen afzienbare tijd zou gaan gebeuren en vormde dit de aanleiding voor het opstellen van een nota. Het zijn ook juist deze gemeenten die hun nota een brede werkings-sfeer hebben gegeven, aangezien met de verwachte bestuurlijke decentralisatie nog niet vaststond voor welke voorzieningen die zou gelden.

ad 3.: Beschouwen we de strekking van de nota's dan kunnen we ook hierin een grove tweedeling onderkennen. De nota's die voortkomen uit de te verwachten bestuurlijke decentralisatie gaan voorbereidend aan de slag, in die zin dat inventarisaties worden uitgevoerd, knelpunten worden opgespoord, contacten worden gezocht met het veld, uitgangspunten en doelstellingen worden geformuleerd, zowel op het niveau van de zorgverlening als wat betreft het hanteren van de wettelijke instrumenten en, zij het in mindere mate, plannen worden opgesteld. Met een plan wordt dan bedoeld een verzameling van activiteiten en voornemens (Oss, Leeuwarden, Bevelandse gemeenten, Venray). Deze nota's zijn breed georiënteerd en liggen in de lijn van de Schets, zowel naar thematiek als naar visie en standpunten. De gemeenten die daarentegen een nota hebben opgesteld uit lokale c.q. inhoudelijke motieven zijn qua strekking meer specifiek. Dat wil zeggen gericht op een of meer afgegrensde thema's, waarbij de belangstelling voor samenwerking het meest in het oog springt.

ad 4.: De functie van de nota is door het schema reeds inzichtelijk in beeld gebracht. Het aantal discussienota's is aanzienlijk minder dan in de voorgaande periode. Beleidsverkenning en -bepaling komt praktisch evenveel voor. In een aantal gevallen is een keuze tussen beide op vrij arbitraire gronden gemaakt. Onder een beleidsverken-nende nota verstaan we die nota die slechts mogelijkheden aangeeft zowel wat betreft te hanteren instrumenten als inhoudelijke standpunten, zonder dat al een keuze wordt gemaakt. Er is sprake van beleidsbepaling wanneer wel een keuze is gemaakt (hoe beperkt of bescheiden deze ook moge zijn).

ad 5.: De voorwaarden/beperkingen die in de nota worden uitgesproken zijn kenmerkend voor de houding van de gemeente. Voor een aantal is de komst en invulling van de WVG en het daarmee kunnen beschikken over instrumenten een voorwaarde voor het überhaupt kunnen voeren van een beleid (Leeuwarden, Barneveld). Anderen zien desondanks mogelijkheden, bijvoorbeeld door in overleg met het veld een beleid te voeren, met als nadeel dat de verschillende partijen op één standpunt gebracht moeten worden ('s-Gravenhage, Oss, Bevelandse gemeenten, Venray, Zeist, Groningen, Apeldoorn). Hiertussen zitten gemeen-

ten die verwachten dat ook onder de WVG het slagen van beleid afhankelijk is van de samenspraak met betrokkenen (Huizen, Breda). Het feit dat andere gemeenten een vestigingsverordening op grond van de Gemeentewet hebben overwogen ('s-Gravenhage, Enschede) of ter sprake hebben gebracht (Apeldoorn) geeft aan dat Lelystad hierin een voorbeeldfunctie heeft gehad. Het voeren van beleid kost ook geld en is daarmee afhankelijk van de budgettaire mogelijkheden van de gemeente (Leeuwarden) of met andere woorden van financiële bepalingen van de rijksoverheid (Zeist). In de Enschedese nota komen we voor het eerst de constatering tegen dat de komende wetgeving de planning en de financiering gescheiden houdt. Hierdoor rijzen er vragen wie nou eigenlijk het beleid bepaalt de planner of de financier.

Tot slot het referentiekader. Dit geeft een indicatie voor de mate waarin van de verschillende rijksdocumenten gebruik is gemaakt. Opvallend is dat de Structuurnota ook na het verschijnen van de Schets slechts op drie gemeenten na gememoreerd wordt. Dat de nadruk echter ligt op de ontwerp WVG (en KSW) en op de Schets moge uit voorgaande duidelijk geworden zijn.

6. Periode III: tweede helft 1982 - eerste helft 1983

6.1. Het rijksoverheidsbeleid

Zoals we aan het eind van paragraaf 4.1. hebben vastgesteld mag er van de gemeenten die deelnemen aan het bestuurlijke experiment KSW enige activiteit op het gebied van een lokaal welzijnsbeleid verwacht worden. Met het **Besluit proefgemeenten** van juli 1982 wordt naast de decentralisatie van de planning nu ook de financiering gedecentraliseerd. De deelnemende gemeenten worden met het Besluit in staat gesteld de bestaande directe subsidierelatie tussen het Rijk en de particulier-initiatief instellingen (voorzieningen) te verbreken en de bijdragen van het Rijk zelf in de vorm van een "brede doeluitkering" te ontvangen. Vervolgens kunnen deze middelen naar eigen keuze aangewend worden, mits dit in overeenstemming is met de zelfgekozen reikwijdte van het in het kader van de KSW opgestelde welzijnsplan. Met betrekking tot de elgz kan in dit verband gewezen worden op de reeds genoemde voorlopige stimuleringsregeling van het ministerie van WVC. Over deze en andere geldelijke middelen kan een proefgemeente dus beschikken en naar eigen inzicht aanwenden. Alhoewel dit op zichzelf een interessante ontwikkeling is dienen we ons te realiseren dat slechts negen gemeenten en twee regio's van deze mogelijkheid gebruik kunnen maken. (Besluit proefgemeenten, 1982).

Van veel grotere betekenis is het aannemen van de WVG en KSW waarmee het regulerend vermogen van de overheid op het gebied van de gezondheidszorg en het specifieke welzijn belangrijk toeneemt. Achtereenvolgens zullen we deze wetten in kort bestek bespreken.

In de WVG zijn een aantal hoofdlijnen van het overheidsbeleid terug te vinden, namelijk kostenbeheersing en doelmatigheidsbevordering, samenhang in beleid en uitvoering, decentralisatie en regionalisatie, democratisering en patiëntenparticipatie. In de Schets, maar ook in de nog te bespreken Nota Eerstelijnszorg, wordt de WVG beschouwd als een belangrijk middel om aan de versterking van de eerstelijns gestalte te geven. Deze nog nader in te vullen raamwet verschaft het instrumentarium waarmee de verschillende overheden (rijk, provincie, gemeenten) de gezondheidszorg kunnen (her-)structureren en het volume beheersen, te weten door planning, erkenningen, vestigings- en bouwvergunningen. Hiermee kunnen regels gesteld worden

voor de aard, de omvang, de spreiding, de samenhang en de kwaliteit van in principe alle gezondheidszorg voorzieningen. Door middel van Algemene Maatregelen van Bestuur zal vastgesteld worden welke voorzieningen onder de wet gebracht worden en aan welke overheid ze worden toegewezen.

De WVG maakt een onderscheid tussen voorzieningen uitgaande van instellingen en uitgaande van personen. Voor de instellingen zullen de desbetreffende overheden vierjarenplannen moeten opstellen met inachtneming van daartoe door hogere overheden opgestelde richtlijnen. In het plan moet de behoefte aan de voorzieningen worden neergelegd alsmede aanvullingen of veranderingen in het reeds aanwezige stelsel van voorzieningen. Activiteiten die instellingen ontplooiën moeten passen in het plan. Tevens zullen ze hiervoor een erkenning moeten krijgen om in aanmerking te komen voor financiering.

Ten aanzien van voorzieningen uitgaande van personen voorziet de WVG in de mogelijkheid om een vestigingsbeleid in te voeren, waarbij het verboden wordt om zonder vergunning een bepaald beroep uit te oefenen. Er zullen normen gelden voor het minimum en maximum aantal personen dat in het beroep werkzaam moet, respectievelijk mag zijn en normen ter bevordering van een goede spreiding. Ook kunnen regels ten aanzien van de praktijkomvang gesteld worden.

Zowel voor de planning als het vestigingsbeleid geldt dat de overheden advies moeten aanvragen bij reeds bestaande organen c.q. speciaal daarvoor in leven te roepen commissies, waarin de diverse belanghebbenden, bijvoorbeeld ook de gebruikers van voorzieningen, vertegenwoordigd zijn.

Tot slot kan nog gemeld worden dat de WVG voor kan schrijven dat bepaalde taken op intergemeentelijk niveau uitgevoerd moeten worden. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de werking van de WVG verwijzen we naar De Bakker en Wulms (1986). We dienen hier te concluderen dat met het aannemen van de WVG er nog geen uitsluitel is gegeven over de invoering van de wet. Wel wordt algemeen verwacht dat o.a. de elgz aan (inter-)gemeentelijke beleidsvoering onderhevig zal zijn.

De KSW, met als hoofdterreinen zorg, educatie en recreatie, is qua planningsmethodiek te vergelijken met de WVG. Net als de WVG is het een raamwet, waarin de wijze waarop de besluitvorming plaats moet vinden geregeld is. Ook hier is er sprake van vierjarige beleidsplannen (die de overheden opstellen voor de aan toegewezen voorzieningen). Sluitstuk is echter niet een erkenning zoals in de WVG, maar het opnemen van een voorziening in het zogenaamde jaarprogram-

ma, waarin de beleidskeuzen met een korte termijn karakter worden bijeengebracht. Dit programma bevat een opsomming van voorzieningen die door de overheid in kwestie zal worden gefinancierd of uitgevoerd. Dit betekent dus niet alleen decentralisatie van planning maar ook van financiering, iets waar, zoals we gezien hebben, de proefgemeenten KSW reeds gebruik van kunnen maken. Een dergelijk systeem is voor de in belangrijke mate uit de sociale ziektekostenverzekering gefinancierde gezondheidszorgvoorzieningen niet mogelijk.

In de fase van de beleidsvoorbereiding is ruimte ingebouwd voor wat het democratisch aspect genoemd wordt. Dit streven de bevolking en de instelling te betrekken bij de besluitvorming komt tot uiting in de samenstelling van het Orgaan, dat een belangrijke adviserende stem heeft in het ontwerpplan en -programma.

De vier doelstellingen die de KSW beoogt te realiseren zijn harmonisatie, decentralisatie, planning en democratisering. De eerste vraagt nog enige toelichting. Harmonisatie van beleid en wetgeving moet leiden tot het vaststellen van de reikwijdte van de Kaderwet, dat wil zeggen de vaststelling hoeveel terreinen van welzijnsbeleid door de Kaderwet worden bestreken. Het ligt in de bedoeling de WVG te laten opgaan in de bredere KSW. Voorlopig echter blijft de planning van de gezondheidszorg voor tenminste twee planperiodes van vier jaren gescheiden verlopen. (Ontwikkelingen Kaderwet, 1982; KSW, 1982.

Beide wetten beloven een forse uitbreiding van het takenpakket van de gemeentelijke overheid. Wat de WVG betreft heeft men niet lang hoeven te wachten op meer duidelijkheid omtrent de invoering ervan. De **Bouwstenen notitie** verschijnt aan het eind van 1982 en geeft aan hoe het proces van invoering vorm zal krijgen. Er is gekozen voor een sectorgewijze en gefaseerde aanpak. Bij dit geleidelijk onder de wet brengen van voorzieningen heeft de elgz prioriteit. In een drietal gebieden, te weten de provincie Limburg en de regio's Eindhoven e.o. en Kennemerland zal de WVG integraal worden ingevoerd. Het in één keer onder de WVG brengen van alle voorzieningen zal gebaseerd zijn op het zogenaamde experimenteer artikel 41. Hiermee kan ervaring opgedaan worden ten bate van de uiteindelijke algehele invoering van de WVG in geheel Nederland. Voordat bevoegdheden aan lagere overheden worden toegekend zullen de Bestuurs Organisatorische Maatregelen (BOM) gereed moeten zijn, die als doel hebben het scheppen van een bestuurlijke infrastructuur voor de uitvoering van de WVG. Het betreft een viertal maatregelen, die per provincie of regio

door gemeenten en provincies in onderling overleg voorbereid moeten worden, te weten:

- de gebiedsindeling ten behoeve van beleidsvorming en planning;
- de taakverdeling tussen de overheden en de samenhang in het overheidsbeleid;
- de advies- en overlegstructuur;
- de informatievoorziening ten behoeve van de beleidsvorming en planning.

De **gebiedsindeling** gaat uit van de bestaande overheidsorganisatie (het idee van een vierde bestuurslaag is inmiddels verlaten) en het draagvlak van de verschillende overheden. Er moet aansluiting gevonden worden bij de oriëntatie van de bevolking op de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen. De gebiedsindeling zal bestaan uit meerdere niveau's. De regionale gebieden dienen zoveel mogelijk overeen te komen met de bestaande gezondheidsregio's op grond van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen. (Te zijner tijd zal deze wet overigens opgaan in de WVG). Daarnaast zal er een subregionaal en lokaal niveau te onderkennen zijn, waarbij de grenzen van het ene niveau die van het andere niet mogen overschrijden (kubusprincipe).

De **taakverdeling** richt zich op het toewijzen van de verschillende voorzieningen aan Rijk, provincie of (samenwerkende) gemeenten. Daarbij ligt het voor de hand dat een voorziening in beginsel aan een zo laag mogelijk overheidsniveau wordt toebedeeld, dat overeenkomst met het niveau waarop de betrokken voorziening functioneert (decentralisatie). Dit maakt wel een onderlinge afstemming van beleid noodzakelijk (samenhang). Indien de elgz inderdaad aan de gemeente wordt toegewezen, zal ten aanzien van personen in de elgz werkzaam een (inter-)gemeentelijk vestigingsbeleid door de gemeenten gevoerd kunnen worden. Met name wordt daarbij gedacht aan huisartsen en fysiotherapeuten. Ten aanzien van instellingen (bijvoorbeeld Kruisverenigingen, maar mogelijk ook gezondheidscentra) geldt dan een (inter-)gemeentelijk plannings en erkenningen regime.

Voor de **advies- en overlegstructuur** geeft de WVG slechts hoofdlijnen. Zo schrijft de wet commissies voor waar in ieder geval instellingen voor gezondheidszorg, personen werkzaam in de gezondheidszorg, instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, verzekeringsinstellingen en patiënten organisaties betrokken zullen moeten worden. De preciese samenstelling, werkwijze en taken zijn in het kader van deze bestuursorganisatorische maatregel thema van overleg. Een eenvoudige en doorzichtige adviesstructuur is gewenst. Dit kan onder andere bereikt worden doordat gemeenten in een subregio gezamenlijk van één commissie gebruik maken. Provincie en gemeenten

kunnen ook gezamenlijk één commissie in het leven roepen.

De **informatie voorziening** is het laatste overleg-onderwerp van de bestuursorganisatorische maatregelen. Uit hoofde van de WVG zal bij Algemene Maatregel van Bestuur worden bepaald welke gegevens door instellingen en beroepsbeoefenaren aan de drie overheden moeten worden geleverd. Gezien het grote aantal instanties dat informatie behoeft (bijvoorbeeld ook de adviesorganen) is het gewenst één coördinatiepunt te creëren dat gegevens verzamelt en distribueert.

Daar waar de bestuursorganisatorische maatregelen zijn vastgesteld zullen bevoegdheden worden toegekend, mits inmiddels ook de landelijke richtlijnen, kwaliteitseisen en normen gereed zijn. Dit betekent dat de WVG niet alleen per sector maar ook per regio gefaseerd zal worden ingevoerd. Wanneer uiteindelijk de invoering een feit is zal in financiële kaders per subregio de totale beschikbare ruimte van jaar tot jaar aangegeven worden. Wijzigingen in de financiële kaders zullen via het planning- en erkenningensysteem hun beslag moeten vinden in de meerjarenramingen en begrotingen van de instellingen. Daarvoor zal een systeem van budgettering per instelling of samenwerkende instellingen doorgevoerd moeten worden. Met deze opzet zal er beleidsvrijheid voor de lagere overheden ontstaan, die, althans zo wordt beoogd, substitutie tussen de verschillende vormen van zorg mogelijk moet maken.

Met het **Ontwerp vestigingsbesluit** dat in juli 1983 in de Staatscourant verschijnt lijkt de eerste gemeentelijke bevoegdheid nabij. Zoals bekend (zie schema 2.1) zou het nog ruimere tijd duren voordat het besluit definitief zou worden genomen.

Het ontwerp gaat uit van een verhouding van één fulltime werkende huisarts op een bevolking van 2600 personen. Indien er ruimte is voor een nieuwe vestiging kan een vergunning geweigerd worden wanneer deze niet in het belang is van een doelmatige spreiding. Tevens worden de minimum en maximum praktijkomvang aan grenzen gesteld, respectievelijk 800 en 3000 personen. De gemeentelijke bemoeienis dient zich uit te strekken over een gebied van tenminste 50.000 inwoners. Kleinere gemeenten zullen met buurgemeenten moeten samenwerken om deze omvang te verkrijgen.

Beschouwen we de periode in zijn geheel dan kan **geconcludeerd** worden dat de ontwikkelingen in de wetgeving in grote lijnen aansluit bij hetgeen in de Structuurnota bepleit werd. Ten aanzien van de eerstelijnsvisie zoals die in de Structuurnota en de Schets zijn verwoord kunnen geen noemenswaardige veranderingen vastgesteld wor-

den. Aan het eind van deze fase in de ontwikkeling van het Rijks-overheidsbeleid geldt dat er voor gemeenten een veelbelovende toekomst is ontstaan. Alhoewel er formeel nog geen bevoegdheden zijn gedecentraliseerd wijst alles er op dat de elgz tot taak van de lokale overheid gaat behoren. Tevens kan de gemeente, indien ze dat wenst, ook inhoudelijk steun vinden bij de rijksoverheid. De beleidsuitgangspunten en de visie op de elgz zijn daar immers al enige tijd voor handen en mogen bekend verondersteld worden. We verwachten dan ook dat gemeenten in deze periode zich meer en meer zijn gaan oriënteren op het terrein van de elgz en wellicht heerst er bij velen een optimistische en enthousiaste stemming gezien de in het vooruitzicht gestelde taken.

6.2. Gemeentelijke nota's

Analoog aan de twee voorgaande hoofdstukken worden in deze paragraaf de nota's samengevat die tot de derde periode gerekend moeten worden. In volgorde van verschijnen (zie bijlage I) noemen we de gemeenten met hun nota.

Horst	Nota Gezondheidszorg.
Rotterdam	Inventarisatie gezondheidszorg voorzieningen Rotterdam in het jaar 1980.
Helmond	Nota Eerste Lijns Gezondheidszorg.
Venray	Nota Invoeringsproject Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG).
Groningen	Voorstel voor een plan; ontwikkeling van eerste-lijns samenwerking te Groningen.

De twee laatste nota's zijn in mei 1983 verschenen. Zoals uit de vorige paragraaf blijkt hebben we het ontwerp-vestigingsbesluit tot de derde periode gerekend. Aangezien dit ontwerp pas in juli 1983 verscheen moeten we concluderen dat geen van de bovenstaande nota's zich hierop heeft kunnen oriënteren of aan heeft kunnen grijpen voor lokaal beleid.

Aan het eind van deze paragraaf geven we wederom een schematisch overzicht van de hieronder te bespreken nota's.

Na het aannemen van de WVG en KSW is **Horst** de eerste gemeente die met een nota komt. Opvallend aan deze nota is de gedetailleerde wijze waarop de WVG wordt besproken, zowel in termen van doelstel-

lingen, samenhang met de KSW, het systeem van de wet (raamwet), de ter beschikking komende structureringsmiddelen (instrumenten), de adviescommissies en beroepsprocedures. Daarnaast wordt de financiering van de gezondheidszorg en de financiëringwetgeving (AWBZ, Ziekenfondswet, WVG) aan de orde gesteld, alsmede wettelijke regelingen die direkt of indirekt met de WVG samenhangen (Wet Ambulancevervoer, Wet BIG, Arboret). Voorts worden de taken en bevoegdheden vermeld waarover gemeenten zullen beschikken. De gemeente verwacht o.a. dat naast de basisgezondheidszorg, ook de elgz en mogelijk de aggz tot haar planningsbevoegdheid gaat behoren. Uitvoering wordt, met verwijzing naar de Bouwstenennotitie aandacht besteed aan de wijze waarop de WVG zal worden ingevoerd (integrale versus sectorale invoering, het bij AMvB onder de wet brengen van voorzieningen). Hier wordt ook duidelijk waarom Horst de nota heeft opgesteld. Als Limburgse gemeente zal namelijk worden deelgenomen aan de integrale invoering van de WVG. Nadat de bestuursorganisatorische maatregelen (BOM) gereed gekomen zijn zullen dus de bevoegdheden in één keer worden toegekend en gelden voor de gehele gezondheidszorg. De BOM hebben dan ook een centrale plaats in de nota. De beschrijving ervan beperkt zich echter tot het aangeven van datgene wat in de Bouwstenen notitie vermeld staat. Van enige besluitvorming of resultaten is in de nota nog geen sprake. Tot slot zijn de kosten verbonden aan de invoering van de WVG en de financiering ervan een punt van aandacht in die zin dat slechts in mededelende zin de gedachte van de rijks-overheid wordt weergegeven. Tot dusver is de nota van Horst slechts een samenvatting van landelijke ontwikkelingen en toekomstig beleid. In het laatste hoofdstuk wordt de plaatselijke, of beter gezegd de regionale (Noord-Limburg) situatie aangegrepen. In WVG-terminen zal er sprake zijn van een uit zestien gemeenten bestaande sub-regio, waar in samenwerking één plan opgesteld zal worden, één erkenningenbeleid gevoerd zal worden, één basisgezondheidsdienst uitgevoerd zal worden, enz. Er wordt melding gemaakt van een eveneens gezamenlijk ingediende aanvraag voor de plankostenvergoeding. De verdeling van de daaruit te betalen 4,5 arbeidsplaats zal in goed bestuurlijk overleg nog moeten geschieden. Tussen de gemeenten bestaan op een aantal andere beleidsterreinen gemeenschappelijke regelingen die worden uitgevoerd door het Gewest Noord-Limburg. Het Gewest staat op het standpunt dat ook de uitvoering van de WVG bij haar ondergebracht moet worden. Voor Horst is dit nog een vraag waarover nader beraad en besluitvorming plaats moet hebben. Als voorwaarde voor het deelnemen aan de integrale invoering stelt de gemeente nadrukkelijk het in voldoende mate kunnen beschikken over

de daarvoor noodzakelijke (financiële) middelen. Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de nota de beleidsmogelijkheden en procedures in verkennende zin analyseert en beschrijft.

De inventarisatie-nota van **Rotterdam** bevat met name een aanzienlijk hoeveelheid gegevens met betrekking tot capaciteit en, voorzover mogelijk, produktie en kosten van de in de gemeente aanwezige voorzieningen. Het overzicht pretendeert zo compleet mogelijk te zijn en volgt de indeling naar échelons. Voor de tweede lijn alsmede ten aanzien van demografische gegevens richt de inventarisatie zich tevens op de gezondheidsregio Rijnmond met circa 30 gemeenten. Het jaar 1980 heeft als uitgangspunt gediend omdat voor dat jaar in voldoende mate de cijfers beschikbaar waren. Met de uitgevoerde inventarisatie wordt beoogd tegemoet te komen aan de informatie behoefte die na de invoering van de WVG zal ontstaan zodra wordt overgegaan tot het opstellen van plannen. Als achtergrond wordt daarbij de Structuurnota genoemd en de WVG op relevante aspecten kort toegeelicht. Tevens heeft bij het uitvoeren van deze eerste inventarisatie voor ogen gestaan een produkt te leveren dat dat model zou kunnen staan voor de vormgeving van toekomstige gegevensoverzichten. Het zal dan tevens de bedoeling zijn expliciet aandacht te besteden aan de samenhang tussen en binnen de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen in Rotterdam. De gegevens zijn hoofdzakelijk ontleend aan openbaar toegankelijke stukken als jaarverslagen en -rekeningen en daarnaast verkregen door gesprekken en nader opgevraagde gegevens. Voor deze aanvullende informatie zal men ook in de toekomst afhankelijk zijn van de bereidheid tot medewerking van de betrokkenen. Ten aanzien van de uitgevoerde inventarisatie zelf beperken we ons tot de opmerking dat wat de elgz betreft de capaciteit per hulpverleningssoort wordt gekoppeld aan de in de Schets vermelde normgetallen en dat er naast beroepsbeoefenaren en instellingen ook samenwerkingsverbanden zijn geïnventarieerd.

De nota van de gemeente **Helmond** is qua omvang bijzonder uitvoerig en bestaat uit meerdere publicaties. In het Algemene Deel dat niet specifiek betrekking heeft op de elgz worden de uitgangspunten van het gemeentelijk beleid geformuleerd: geografische en functionele bereikbaarheid, eigen verantwoordelijkheid en democratisering. In de onderhavige eerstelijnsnota worden ook nota's voor de basisgezondheidszorg en tweedelijns aangekondigd. Als reden voor het opstellen van de nota wordt de WVG genoemd en de daaruit voortvloeiende gemeentelijke taken, namelijk het maken van een plan en het voeren van

een vestigingsbeleid. De nota is voornamelijk inventariserend van aard met als bedoeling een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het functioneren van de lokale elgz. Daar komt nog bij dat er ook aanbevelingen worden gedaan over wenselijke ontwikkelingen. Deze worden nadrukkelijk ter discussie gesteld waarmee de functie van de nota is aangegeven. De term inventarisatie dient hier heel ruim opgevat te worden. Naast een getalsmatige weergave van het aanbod en het door spreidingskaartjes weergeven van de plaats van vestiging worden ook per soort eerstelijns werkers gegevens verstrekt over o.a. doelstelling, functie en kenmerken (ontleend aan de Schets) ontwikkelingen in de hulpzorgverlening, bereikbaarheid (op grond van enquête onder hulpverleners), tevredenheid (op grond van bevolkingsenquête). Uit het uitgebreide hoofdstuk met conclusies en aanbevelingen hebben we de volgende selectie gemaakt: de nota wordt beschouwd als basis voor het vormgeven van het gemeentelijk plan en het vestigingsbeleid; het wordt wenselijk geacht dat de bevoegdheden ex-WVG zo spoedig mogelijk door de rijksoverheid aan de gemeente worden verstrekt; wijkgebonden werken door huisartsen is moeilijk te realiseren; samenwerking/overleg in Helmond beperkt zich voornamelijk tot ad-hoc contacten; samenwerking is een belangrijk instrument om de samenhang in de zorg te bevorderen, de afstemming en de organisatie van het systeem te verbeteren; het ontbreken van gelijke doelpopulaties is een struikelblok bij het realiseren van overleg en samenwerking; multidisciplinaire samenwerking wordt toegejuicht waarbij één gezamenlijk gebouw geen noodzakelijke voorwaarde is; er wordt een wijkindeling van ± 20.000 inwoners voorgesteld als werkgebied voor de drie kern-disciplines; GVO en zelfhulpgroepen worden beschouwd als middel om zelfzorg en mantelzorg te vergroten en de eigen verantwoordelijkheid te stimuleren; het belang van democratisering wordt onderstreept en een discussie over de mogelijkheden daartoe wordt nodig geacht; vestigingsbeleid moet uitgaan van vrijheid van beroepsuitoefening en artsenkeuze, initiatieven voor een beleid door de beroepsgroep worden toegejuicht mits zij passen in de constructie van de WVG; voorgesteld wordt de twee in de WVG voorgeschreven commissies voor de planadvisering en vestigingsbeleid te combineren in één commissie; een spoedige instelling van die commissie wordt gewenst geacht ook nu er nog geen taken zijn gedecentraliseerd, met als eerste opdracht de conclusies en aanbevelingen uit de onderhavige nota nader te bestuderen danwel uit te voeren.

De tweede nota van de gemeente **Venray** is in tegenstelling tot zijn voorloper (zie periode II) geheel bestuurlijk van aard. Er zijn

sterke inhoudelijke overeenkomsten met de hiervoor besproken nota van de gemeente Horst. Dit is niet verwonderlijk aangezien ook Venray behoort tot de toekomstige WVG subregio Noord-Limburg en dus ook deelneemt aan het integraal invoeringsproject geldend voor de gehele provincie. De reden voor het verschijnen van de nota wordt enigszins anders geformuleerd. Binnen afzienbare tijd zal namelijk een voorstel aan de gemeenteraad worden voorgelegd over de te treffen BOM voor het invoeren van de WVG. De nota heeft dan ook een informatieve functie omtrent de strekking van de wet (doel, systematiek, relatie met andere wetten) en de betekenis voor de gemeentelijke beleidstaken en bevoegdheden. Datgene wat we in de samenvatting van de gemeente Horst hebben vermeld geldt zonder meer ook voor Venray. Op een aantal punten is de laatste echter uitgebreider namelijk voor wat betreft de wijze van taakverdeling tussen gemeenten en Gewest (een drietal modellen worden uiteengezet) en bijvoorbeeld ook voor de beschrijving van de planvorming en het verlenen van erkenningen en vergunningen. Stond in de nota van Horst de taak en middelenverdeling nog ter discussie, in de Venrayse nota staan de genomen besluiten inmiddels vermeld: de planning zal intergemeentelijk verlopen dat wil zeggen via verlengd lokaal bestuur i.c. het Gewest Noord-Limburg (naar verwachting zal Gedeputeerde Staten dit gebied als plangebied aanwijzen); ten aanzien van het vestigingsbeleid behouden de gemeenten de mogelijkheid om het zelfstandig uit te voeren; de gezamenlijk te verkrijgen financiële middelen uit de plankostenvergoeding gaan voor één derde deel naar het Gewest en de rest naar de afzonderlijke gemeenten. Afgezien van dit stukje besluitvorming is de nota hoofdzakelijk gericht op bestuur en procedure en informerend van aard.

De tweede nota van de gemeente **Groningen** is wederom geheel gericht op het thema samenwerking. Hield de voorganger een beleidsverkenning in door een inventarisatie van samenwerkingsverbanden en van ervaringen van samenwerkers, deze nota geeft een voorstel voor een plan om samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening tot ontwikkeling te brengen. Ook nu weer is de opdracht voor het opstellen van de nota versterkt aan een speciaal daarvoor aangetrokken project-ontwikkelaar (de medisch-socioloog dr. C.W. Aakster). Grondgedachte van het voorstel is het creëren van wijkgerichte multidisciplinaire samenwerkingsverbanden met minimaal de drie kerndisciplines, die qua intensiteit tenminste te vergelijken zijn met hometeams en werkzaam zijn binnen geografisch afgegrensde sectoren van 8.000 - 15.000 inwoners. Er wordt een indeling

gegeven die neerkomt op 15 elgz-sektoren met 1 of 2 samenwerkingsverbanden per sektor. In principe zijn er twee verschillende werkwijzen per samenwerkingsverband mogelijk: een gemeenschappelijke doelgroep voor het team als geheel (de sektor bevolking), ofwel een opdeling van het team overeenkomstig het patiëntenbestand van de individuele huisarts (iedere wijkverpleegkundige gekoppeld aan één bepaalde huisarts). Hiermee moet in de praktijk geëxperimenteerd worden. In deze opzet zal een gemeentelijk vestigingsbeleid op grond van de WVG nodig zijn voor de vrij gevestigde beroepsbeoefenaren en een ruimtelijk ordeningsbeleid, alsmede de mogelijkheid voor een financiële compensatie ten behoeve van praktijken waarvoor een hervestiging wenselijk is. Tevens zal de gemeente aan die zelfstandige beroepsbeoefenaren die dat willen een dienstverband aan moeten kunnen bieden. De samenwerkingsverbanden zouden bij voorkeur in de vorm van een stichting moeten functioneren waarbij (bestuurlijke) participatie van de bevolking mogelijk is. De nota is bijzonder uitvoerig in de onderbouwing van dit voorstel. Dit is noodzakelijk aangezien het bedoeld is als discussiestuk en derhalve de nodige overtuigingskracht moet hebben. Vervolgens zal het plan ter goedkeuring aan de gemeenteraad worden voorgelegd, waarna de uitvoeringsfase van start kan gaan. In deze fase staat een met de instellingen af te sluiten overeenkomst centraal waarin onder andere wordt afgesproken dat zij hun gebiedsindelingen afstemmen op de voorgestelde sektor indeling. Tevens zou in deze overeenkomst geregeld kunnen worden dat er een fonds opgericht wordt voor het verwerven van middelen voor de uitvoering van het plan. De gepresenteerde ideeën staan nogal ver weg van de bestaande situatie en zouden daardoor de nodige weerstanden op kunnen roepen. Het is dan ook om deze reden dat een geleidelijk veranderingsproces van 10 jaar wordt voorgesteld, waarbij als tussenfase de gebiedsindeling van het kruiswerk door de overige kern-disciplines nagestreefd zou moeten worden.

6.3. Bevindingen

Schema 6.1. geeft een karakteristiek van de nota's die we in de vorige paragraaf hebben besproken. In tegenstelling tot de eerste twee perioden is het bijzonder moeilijk om op grond van het overzicht in meer algemene zin conclusies te trekken, aangezien het aantal te beperkt is. Op een aantal punten willen we toch ingaan.

Gelet op wat we stelden in paragraaf 5.3. kunnen we het geringe aantal nota's verklaren uit de gedachte dat voor veel gemeenten het

aannemen van de WVG en KSW door de Tweede Kamer al voldoende aanleiding was om een en ander op papier te zetten. Vervolgens blijven er maar een paar over die ofwel meer zekerheid wilden hebben dat de wetten er ook echt zouden komen ofwel gewacht hebben op meer informatie over hoe die wetten dan worden ingevoerd en wat er op hen zal afkomen. Ook dienen we ons te realiseren dat we hier praten over, in de tijd gezien, de kortste periode. Hoe het ook zij de nota's van Horst en Venray zijn opvallend, omdat ze puur en alleen ingaan op de bestuurlijke en procedurele aspecten rond de invoering van de WVG. Vandaaruit wordt ook de werkingssfeer bepaald. Dit is niet verwonderlijk aangezien ze deelnemen aan het integrale invoeringsproject in Limburg. Overigens zegt dit niet dat het beide gemeenten ontbreekt aan een inhoudelijke visie, deze komt alleen niet in de nota's tot uiting. Ook Rotterdam anticipeert op het aannemen van de WVG en komt met een nota die uitsluitend gebaseerd is op een inventarisatie met het oog op een toekomstig op te stellen WVG-plan. Helmond gaat nog een stap verder door daarboven op een beeld te geven van een eerste lijn zoals die er volgens haar uit zou moeten zien en het alvast instellen van een vestigingscommissie bepleit. Hiermee loopt ze echter vooruit op de invoeringsbesluiten van de staatssecretaris. De nota heeft dan ook de functie om een discussie op gang te brengen. Groningen tot slot wil dat ook maar dan specifiek voor het thema afstemming van werkgebieden. Deze gemeenten is ook de enige welke niet op grond van het aannemen van de WVG haar nota opstelt, maar dit doet vanuit reeds eerder door haar geformuleerd beleid, namelijk het bevorderen van samenwerking. Roepen we nogmaals de overweging in herinnering die geleid heeft tot het onderscheiden van deze periode (zie het einde van hoofdstuk 2), namelijk het aannemen van de WVG en KSW, de bekendmaking hoe de WVG zal worden ingevoerd en het verschijnen van het ontwerp vestigingsbesluit. Geconcludeerd moet dan worden dat deze ontwikkelingen slechts gedeeltelijk in de tot nu verschenen gemeentelijke nota's zijn terug te vinden.

7. Periode IV: tweede helft 1983 - heden

7.1. Het rijksoverheidsbeleid

Bepaald rustig kunnen de ontwikkelingen in het overheidsbeleid vanaf de tweede helft van 1983 niet genoemd worden. In bepaalde opzichten zal er van teleurstelling, van nieuwe hoop maar ook van valse hoop sprake zijn.

Zoals in hoofdstuk 2. reeds is genoemd betekende de **Nota Wetgeving Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur** de feitelijke intrekking van de KSW. Het harmoniseren van verschillende beleidsterreinen onder de brede Kaderwet resteert uiteindelijk als een fictie. Aan het voorstel om tot een smallere Welzijnswet te komen besteden we hier geen aandacht aangezien gezondheidszorg daar niet meer onder komt te vallen. Van meer betekenis in dit bestek is de aankondiging dat de WVG omgevormd wordt tot een **Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM)**. Er zijn verschillende modellen ontwikkeld en in discussie gebracht. Al snel wordt duidelijk dat de WGM op een drietal punten de WVG zal wijzigen. In de eerste plaats wordt de werkingssfeer uitgebreid met de maatschappelijke dienstverlening. Ten tweede zal de adviesstructuur minder uitgebreid en gedereguleerd worden. De adviescommissies komen te vervallen. In de plaats daarvan komt er een regionaal overleg van lagere overheid, instellingen/beeroepsbeoefenaren, verzekeraars en patiëntenorganisaties. Hierin zal op grond van consensus de meest gewenste ontwikkeling van het voorzieningenstelsel in de regio vastgesteld moeten worden. Dit betekent dat de beslissingsbevoegdheden die de gemeente had onder de WVG nu gedeeld moet worden met de andere belanghebbenden. In de derde plaats zal zowel het plan als de ingewikkelde planningsprocedure vereenvoudigd worden. De geldigheidsduur van vier jaren maakt plaats voor plannen die op de middellange termijn een indicatief karakter hebben. De plannen hoeven niet meer goedgekeurd te worden door het naaste hogere overheidsniveau en het stelsel van richtlijnen zal globaal gehouden worden.

Terwijl er aan de WGM gesleuteld wordt verschijnt aan het eind van 1983 de **Nota Eerstelijnszorg**. Ook deze nota zullen we in het bijzonder bekijken op het niveau van de beleidsuitgangspunten en de ontwikkeling van rijksoverheidsvisie ten aanzien van de eerste lijn.

Het meest opvallende van deze nota is, en dat blijkt al uit de titel, dat er niet meer sprake is van eerstelijnsgezondheidszorg maar van eerstelijnszorg (elz), dus inclusief de maatschappelijke dienstverlening. Gezien de uitspraken in de Structuurnota en de Schets, maar ook door het recent samenvoegen van twee departementen tot het ministerie van WVC lag dat in de lijn der verwachtingen. Zoals we hierboven hebben gezien wordt het met de WGM mogelijk om ook vanuit de wetgeving de samenhang tussen de elgz en de eerstelijnsmaatschappelijke dienstverlening te vergroten.

Daarnaast springt een aantal nieuwe begrippen die in de Nota worden geïntroduceerd in het oog. Zo wordt het informele circuit omschreven als het niveau waarbinnen mensen zonder of naast interventies van professionele hulpverleners, zorg dragen voor zich en anderen. De zorg binnen dit circuit omvat de zelfzorg, mantelzorg, zelfhulp (groepen) en vrijwilligerswerk. Er wordt gesteld dat in het verleden té gemakkelijk taken uit dit circuit door professionele hulpverleners zijn overgenomen zonder dat men zich de grote kwantitatieve en kwalitatieve betekenis van de informele hulpverlening heeft gerealiseerd. Het in stand houden en stimuleren van het informele circuit is een basisvoorwaarde om zoveel mogelijk mensen zo lang mogelijk in staat te stellen een vrij en zelfstandig bestaan in de eigen leefsituatie te leiden.

De (professionele) eerstelijnszorg (in de Nota ook de thuiszorg genoemd) wordt omschreven als een subsysteem van zorg waarin de werkers de medeverantwoordelijkheid op zich nemen voor een continue integrale en persoonlijke zorg in de eigen omgeving van de mensen aan wie de zorg wordt verleend. Vergeleken met de doelstelling van de elgz, zoals die in de Schets werd gegeven, zijn er geen noemenswaardige verschillen, zij het dat er nu dus expliciet van elz sprake is. Ook de kenmerken zijn vrijwel identiek geformuleerd.

De tweedelijnszorg betreft de gespecialiseerde zorg en de residentiële verpleging en verzorging voor kortere of langere duur.

De Nota noemt de drie niveau's complementair aan elkaar. Er wordt gesproken van een **zorgmodel**. Redt de mens het zelf niet, dan zal hij zich tot de professionele hulp wenden. Schieten de deskundigheid of de mogelijkheden tot diagnostiek, behandeling, verpleging of verzorging in de eerstelijns tekort, dan volgt verwijzing naar het gespecialiseerde niveau. De Nota merkt op dat de basisgezondheidszorg niet goed in dit schema is in te passen.

Verder wordt een onderscheid gemaakt tussen algemene thuiszorg en bijzondere thuiszorg. De eerste omvat de huisartsgeneeskunde, het algemeen maatschappelijk werk, het kruiswerk en de gezinsverzor-

ging. De overige voorzieningen in de eerstelijns behoren tot de bijzondere thuiszorg. Hiermee dient de gezinsverzorging als vierde kerndiscipline beschouwd te worden.

De beleidsuitgangspunten zoals die in de Structuurnota en in de Schets werden gepresenteerd waren vooral toegespitst op de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg in zijn geheel. De Nota Eerstelijnszorg formuleert eveneens beleidsuitgangspunten maar deze zijn van een andere orde, namelijk toegespitst op zorg-inhoud. Dit betekent niet dat de uitgangspunten ter verbetering van structuur en functioneren niet meer gelden. Integendeel ze hebben hun beslag gekregen in de tot ontwikkeling gebrachte wettelijke kaders. Dat nu de aandacht naar meer zorginhoudelijke aspecten kan uitgaan lijkt een voor de hand liggende ontwikkeling.

De Nota noemt de volgende uitgangspunten voor het ontwikkelen van het beleid met betrekking tot de elz;

- mensen dienen zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving te blijven;
- nadruk dient te worden gelegd op de individuele verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en zorg voor zichzelf, maar ook op die voor de gezondheid en zorg van en voor anderen (zelfzorg, mantelzorg, georganiseerde vormen van vrijwilligerswerk).
- wanneer de problemen voor het informele circuit te groot zijn, kan professionele hulp worden ingeroepen, te beginnen in de eerste lijn;
- mensen dienen zo min mogelijk afhankelijk te worden gemaakt van deskundigen;
- hulpvrager en hulpverleners dragen ten aanzien van de hulpverlening ieder een eigen verantwoordelijkheid.

Binnen deze uitgangspunten dienen overheden en particulier initiatief een samenhangend beleid te voeren, dat gericht is op het bevorderen van een pakket van op elkaar afgestemde en waarnodig op samenwerking gebaseerde voorzieningen van elz en op het versterken van de mogelijkheden voor thuiszorg. Uit deze algemene beleidsdoelstelling vloeien een aantal afgeleide doeleinden voort:

- Op alle overheidsniveaus dient een samenhangend beleid te worden gevoerd. De omvorming van WVG tot WGM betekent in dit opzicht een doorbraak.
- De samenhang die er tussen voorzieningen bestaat moet beter tot zijn recht komen, mede door het voeren van bovenbedoeld beleid.
- Samenwerking, in zoverre deze voor een adequate hulpverlening nodig is, dient gestimuleerd te worden. De Schets noemde samenwerking in enigerlei vorm noodzakelijk. De Nota Eerstelijnszorg is

iets genuanceerder door te stellen dat de vormgeving van samenwerking niet beperkt hoeft te worden tot bepaalde modellen maar onderstreept daarbij wel de noodzaak van gestructureerde samenwerking. Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden dragen in belangrijke mate bij aan een versterkte en geïntegreerde eerstelijnszorg.

- De capaciteit moet evenwichtig zijn verdeeld over de onderscheiden eerstelijnsvoorzieningen. Het aantal huisartsen is bijvoorbeeld gestaag gegroeid, terwijl het volume in het maatschappelijk werk, onder druk van budgettaire problemen, achteruit is gegaan. Een dergelijk verschil in ontwikkeling geldt ook tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging.
- Eerste- en tweedelijnsvoorzieningen dienen met elkaar in evenwicht te zijn en beter op elkaar afgestemd. Dit betekent een versterking van de eerstelijns zodat de zorg die feitelijk thuishoort in de eerstelijns daar ook gegeven kan worden en een gelijktijdige beperking van de intramurale zorg waardoor de noodzakelijke financiële middelen vrijkomen.
- De professionele hulpverlening dient zich te beperken tot hulp waarvoor specifieke deskundigheid nodig is, dan wel tot het overnemen van zorgende arbeid, indien en voorzover zelfzorg, mantelzorg of hulp van vrijwilligersorganisaties niet voldoende zijn.

Vervolgens geeft de Nota een verdere uitwerking van de beleidsdoelstelling waar we hier niet op in zullen gaan. We noemen hier slechts het belang dat gehecht wordt aan zaken als GVO, preventie, nazorg en afstemming van doelpopulaties.

Uitvoerig wordt de huidige situatie met betrekking tot de elz en diverse trends en knelpunten beschreven. De Nota noemt een aantal belemmerende factoren die hulpverleners ondervinden bij hun streven naar het totstandbrengen van vaste samenwerkingsverbanden. Net als in de Schets wordt o.a. de slechte afstemming van werkgebieden en doelpopulaties als een belangrijk knelpunt ervaren. De Nota geeft daarvoor enkele concrete aanbevelingen. Er dient gestreefd te worden naar samenwerking tussen voorzieningen in geografisch aaneengesloten werkgebieden met ten hoogste 30.000 inwoners. Binnen deze werkgebieden moeten worden gestreefd naar onderlinge afstemming van de doelpopulaties, gericht op het bereiken van een voor minstens 80% congruente doelpopulatie voor de kernvoorzieningen in de eerste lijn. Bovendien dient afstemming van werkgebieden en doelpopulaties samen te gaan met afstemming van takenpakketten, deskundigheden en werkwijzen. Een herziening van functie- en taakomschrijvingen acht de Nota dan ook nodig.

De Nota stelt dat er onvoldoende inzicht bestaat in de mate waarin de informele zorg beschikbaar is. Hier wordt een relatie gelegd naar het gemeentelijk niveau. In het kader van de planning van de eerstelijnsvoorzieningen kan op gemeentelijk niveau, door het in kaart brengen van georganiseerde activiteiten op dit terrein, de informele en professionele zorg beter op elkaar worden afgestemd. Bij een dergelijke inventarisatie zal tevens kunnen blijken welke aandachts- en knelpunten er zijn, die met medewerking van professionele werkers of met beperkte hulp van gemeentebesturen kunnen worden opgelost.

De relatie met andere sectoren krijgt ook in deze nota de nodige aandacht. Beperken we ons tot de tweedelijnde dan geldt nog steeds dat de relatie tussen huisarts en specialist voor verbetering vatbaar is, onder andere worden hier betere verwijs- en ontslagprocedures bepleit, die de invloed van de huisarts zou moeten vergroten. Ook liggen er mogelijkheden in dagbehandeling en dagverpleging.

Zoals gezegd onderstreept de Nota de kenmerken zoals die in de Schets werden gegeven en dus ook het generalistisch karakter van de door de elz aangeboden hulp en zorg. De Nota constateert echter dat voor een aantal groeperingen categorale zorgcircuits onvermijdelijk zijn, daarbij wijzend op de nadelen die aan een dergelijke benadering kleven. In het bijzonder noemt de nota moederschap en kinderhygiëne, ambulante voorzieningen voor jeugdigen, hulpverlening aan culturele minderheden, bejaarden problematiek en de problematiek van lichamelijk gehandicapten en chronisch zieken. Het feit dat er cliënten- en patiëntengroeperingen en -organisaties bestaan wordt gezien als een aanwijzing van behoeften aan speciale zorg. Deze aandacht voor categorale zorgverlening geeft eveneens uiting aan een toenemende belangstelling van de rijksoverheid voor de inhoud van de zorgverlening.

Ten aanzien van de financiering wordt de onmogelijkheid om middelen uit de verzekeringsfinanciering te realloceren ten behoeve van de maatschappelijke dienstverlening, die uit de begrotingssector wordt betaald, als een belangrijk knelpunt ervaren. Het omgekeerde is evenmin mogelijk. Het reallocatie probleem geldt zowel op landelijk niveau bij het toekomstig vaststellen en toedelen van financiële plankaders als op het plaatselijk niveau bij de vormgeving van het uit te voeren beleid. Een herziening van het financieringssysteem wordt onvermijdelijk maar is op korte termijn niet te realiseren. Doen we een greep uit de veelheid van conclusies en voornemens dan kunnen de volgende voor ons relevante genoemd worden:

- de eerstelijnszorg dient versterkt te worden zowel in kwantitatieve

- ve zin (per kerndiscipline wordt de noodzaak van een eventuele vergroting van het volume aangegeven ook worden de capaciteitsnormen, streefcijfers, bijgesteld) als in kwalitatieve zin (o.a. door intercollegiale toetsing, verbetering consultatie-functie van de tweedelijns en categoriale voorzieningen voor de eerstelijns, onderlinge afstemming van takenpakketten, door stimulering van samenwerking en afstemming tussen de eerstelijnsvoorzieningen);
- met behulp van de WVG/WGM zal het ontstaan van samenvallende verzorgingsgebieden van de vier kerndisciplines bevorderd worden, binnen gebieden van maximaal 30.000 inwoners zal de afstemming van werkzaamheden van deze disciplines bevorderd worden;
 - ten aanzien van het bevorderen van samenwerking tussen de eerstelijnsvoorzieningen dient als gevolg van de wettelijke decentrale planning op het lokale niveau rekening te worden gehouden met opvattingen in het veld en behoeften en wensen van de bevolking;
 - de informele zorg dient versterkt te worden: door voorlichting preventie en scholing kunnen zelfzorg en mantelzorg ondersteund worden, lagere overheden en plaatselijke instellingen hebben een taak bij het opzetten en ondersteunen van vrijwilligerswerk;
 - in de nieuwe wet, de WGM, kan de betrokkenheid van de maatschappelijke dienstverlening systematischer en vollediger worden geregeld; het spoedeisende karakter van de versterking van de eerstelijnszorg is een belangrijke reden waarom wordt doorgegaan met de invoering van de WVG;
 - gemeenten dienen een belangrijke bijdrage te leveren aan de kwaliteits- en efficiency verbetering van de eerstelijnszorg, door het vestigingsbeleid voor huisartsen en fysiotherapeuten zullen ze goede spreiding kunnen bevorderen en door het verlenen van erkenningen kunnen eisen worden gesteld met betrekking tot samenhang, afstemming en samenwerking;
 - ten behoeve van de planning ex-WVG/WGM zullen financiële plankaders ontwikkeld en vastgesteld worden en zal er aandacht worden gegeven aan de mogelijkheden voor budgettering van voorzieningen in de elz;
 - voor de financiering van samenwerkingsverbanden dient een structurele reguliere financieringsregeling getroffen te worden ter vervanging van de stimuleringsregeling van rijkswege en de voorlopige richtlijnen van de Ziekenfondsraad.

Met de tot hier gegeven samenvatting van de Nota Eerstelijnszorg hebben we de visie van de rijksoverheid uiteengezet alsmede de voor deze studie belangrijkste beleidsuitgangspunten en -voornemens. De

meest in het oog springende **veranderingen** ten opzichte van de Schets zijn:

- een uitbreiding van de elgz naar elz, waarmee de positie en het belang van de maatschappelijke dienstverlening op een zelfde niveau komt te staan als de voorzieningen van de elgz; een gezamenlijke beleidsvoering wordt gewenst geacht en zal onder de WGM mogelijk worden;
- een verschuiving van uitgangspunten gericht op structuur en functioneren naar meer zorginhoudelijke uitgangspunten;
- het onderkennen van een informeel circuit als mogelijkheid voor het ontlasten van de professionele eerste en tweede lijn; naast de eerstelijns dient nu ook de informele zorg versterkt te worden;
- het echelonneringsprincipe wordt aangevuld met een zorgmodel waarin het bevorderen van de zelfstandigheid van de patiënt en het verkleinen van diens afhankelijkheid van deskundigen centraal staan;
- de gezinsverzorging wordt aangemerkt als vierde kerndiscipline;
- samenwerking kan zich voordoen in vele vormen, de noodzaak van gestructureerde samenwerking tussen de vier kerndisciplines wordt echter nadrukkelijk vooropgesteld;
- de afstemming van werkgebieden dient uit te gaan van gebieden van maximaal 30.000 inwoners, daarbinnen moet gestreefd worden naar 80% congruente doelpopulaties voor de kerndisciplines;
- voor een aantal bijzondere groepen (zoals o.a. jeugdigen, ouderen, culturele minderheden) worden categorale zorgcircuits bepleit en onvermijdelijk geacht, dit staat op gespannen voet met het echelonneringsprincipe maar past wel in een meer zorginhoudelijke benadering.

De Nota Eerstelijnszorg geeft net als zijn voorgangers enige duidelijke aanwijzingen voor de gemeentelijke overheden. Gelet op de wettelijke taken die op hen af zullen komen kunnen hier genoemd worden de mogelijkheid om met het vestigingsbeleid een goede spreiding te bevorderen en om met het plannings- en erkenningstelsel de afstemming van werkgebieden/ doelpopulaties te bevorderen. Bovendien hebben lagere overheden en plaatselijke instellingen een taak bij het opzetten en ondersteunen van vrijwilligerswerk en dient door de gemeente rekening te worden gehouden met opvattingen in het veld en van behoeften en wensen van de bevolking waar het gaat om het bevorderen van samenwerking.

Een paar maanden na het verschijnen van de Nota Eerstelijnszorg worden de regels voor de **plankostenvergoeding** bekend gemaakt. Feitelijk komt dit neer op de mogelijkheid voor gemeenten om voorbereidende

voorbereidende werkzaamheden in het kader van de WVG te bekostigen. De hoogte van het bedrag gaat uit van maximaal één extra arbeidskracht voor gemeenten van 50.000 inwoners of meer. Kleinere gemeenten worden in staat gesteld met andere gemeenten een gezamenlijke aanvraag in te dienen. Hoe de verkregen gelden vervolgens worden verdeeld over de gemeenten en eventueel een intergemeentelijk samenwerkingsorgaan wordt in de regeling vrijgelaten.

Voor ongetwijfeld veel gemeenten (met name de kleinere) betekent deze regeling dat er daadwerkelijk een start kan worden gemaakt met het formuleren en uitvoeren van een gemeentelijk beleid in het verlengde van de WVG/WGM.

Ook van de in paragraaf 2.1. genoemde **richtlijnen voor de gebiedsindeling** die begin 1985 bekend werden gemaakt mag een dergelijke aansporing voor de totstandkoming van een gemeentelijk beleid worden verwacht. Zoals reeds aangegeven dient de gebiedsindeling ex-WVG volgens deze richtlijnen aan te sluiten bij de, uit de bundeling van bestaande gemeenschappelijke regelingen tussen gemeenten in het kader van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen voortvloeiende, gebiedsindeling. Op dit vlak is er veel bestuurlijk overleg geweest tussen gemeenten onderling en met provincies. Het formuleren van een eerstelijnsbeleid gezamenlijk met andere gemeenten en/of het komen tot een taakverdeling tussen gemeenten en intergemeentelijk samenwerkingsverband zal met (of door) de activiteiten rond en de totstandkoming van de gebiedsindeling meer concrete vormen hebben aangenomen.

Met ingang van 1 februari 1986 is het **Besluit vestigingen en praktijkomvang huisartsen** van kracht geworden. In overeenstemming met het reeds besproken ontwerp- besluit worden gemeenten belast met het verstrekken van vergunningen aan huisartsen die zich willen vestigen. Een nieuw element is dat per WGR-samenwerkingsgebied de eventuele ruimte voor nieuwe vestigingen volgens een vaststaande formule berekend moet worden. Het besluit gaat er min of meer van uit dat de uitvoering van het vestigingsbeleid door de gemeenten van het WGR-gebied gezamenlijk ter hand wordt genomen. Hier kan echter van afgezien worden. De Bakker en Wulms (1986) hebben geconstateerd dat er sprake is van vastliggende rijksoverheidsnormen, een behoorlijke invloed van de beroepsgroep bij de uitvoering van het vestigingsbeleid en de voor gemeenten vrijwel uitgesloten mogelijkheid om kwalitatieve voorwaarden aan de nieuwe vestiging te stellen. Desondanks concluderen ze dat het vestigingsbesluit een belangrijke impuls zal

zijn ook voor het ontwikkelen van andere beleidsactiviteiten op het terrein van de el(g)z.

Rest ons nog stil te staan bij de twee laatste elementen uit het schema 2.1. Begin 1986 werd het wetsvoorstel WGM ingediend. Een bespreking ervan laten we hier achterwege. Ons inziens is er in het voorgaande reeds voldoende over gezegd, te meer ook doordat het **Regeerakkoord** de intrekking van de WGM met zich meebrengt. Bovendien heeft het uiteindelijke wetsvoorstel niet in kunnen werken op de ons ter beschikking staande gemeentelijke nota's. De meest recente (zie Bijlage I) stamt uit maart 1986, maar deze is duidelijk in een veel vroeger stadium voorbereid (pijplijneffect).

Wat ook voortvloeit uit het Regeerakkoord is het voorlopig stopzetten van de sectorale invoering van de WVG in afwachting van de resultaten van experimentele integrale invoeringsgebieden. Waren De Bakker en Wulms nog optimistisch over de gemeentelijke activiteiten die er in het kielzog van het vestigingsbeleid zouden kunnen ontstaan, wij dienen hier enige reserve in te nemen. Het vestigingsbeleid is op lokaal niveau binnengehaald, maar daar zal het voorlopig (?) bij blijven. Het niet beschikken over andere beleidsinstrumenten (bijvoorbeeld een vestigingsbeleid voor andere beroepsbeoefenaren en het planningsinstrumentarium voor eerstelijnsinstellingen) en het ook niet meer in zicht hebben van deze instrumenten zou juist een meer omvattend el(g)z beleid op plaatselijk niveau kunnen frustreren.

Deze laatste ontwikkelingen zijn niet meer van invloed geweest op de in de volgende paragraaf samen te vatten (inter-)gemeentelijke nota's. De vierde periode in het rijksoverheidsbeleid voor de el(g)z kan dan ook wat dit betreft met het einde van 1985 als afgesloten beschouwd worden.

7.2. Gemeentelijke nota's

Onderstaande nota's zijn in de vierde en tevens laatste periode verschenen. Voor de verschijningsdatum wordt verwezen naar Bijlage I.

Rotterdam	Discussienota eerstelijns(gezondheids)zorg in Rotterdam.
Stadsgewest Breda	Nota Volksgezondheid Stadsgewest Breda.
Capelle aan den IJssel	Nota Volksgezondheid Capelle aan den IJssel.
Amsterdam	Nota Amsterdam en de eerstelijnszorg.

Osdorp	Lijn in de zorg; een wijkorganisatie voor de Osdorpse hulpverlening.
Nieuwe Waterweg Noord	Nota "Intergemeentelijk beleid volksgezondheid Nieuwe Waterweg Noord".
Gorinchem	Nota Volksgezondheid, in het kader van de Wet Voorzieningen gezondheidszorg, Alblasserwaard en de Vijfheerenlanden.
Haarlem	Nota Eerstelijnszorg (+ Kernpunten notitie eerstelijnszorg).
Hulst, Hontenisse	Ontwerp deelplan zorg.
Almelo	Discussienota eerstelijns(gezondheids)zorg in Almelo.
Stadsgewest Breda	Inventarisatie basis- en eerstelijnsgezondheidszorg Stadsgewest Breda.
Rotterdam	Eerstelijnszorg in Rotterdam.
Noordoost Friesland	Noord-oost Friesland en de Wet voorzieningen Gezondheidszorg, een begin van planvorming.

Hieronder bespreken we per gemeente de verschillende nota's. Wederom wordt aan het eind van de paragraaf een schematisch overzicht gegeven.

In deze periode komt **Rotterdam** met een tweetal nota's die we achter-eenvolgens zullen samenvatten. De eerste betreft een discussienota. De in de vorige periode uitgebrachte inventarisatienota beoogde informatie te leveren voor het in de toekomst op te stellen plan ex-WVG. De hier te bespreken nota pretendeert nu de eerste aanzet voor een dergelijk vierjarenplan te geven. De nota vermeldt expliciet dat ze wil aansluiten bij de inzichten en beleidsdoelen met betrekking tot de eerstelijnszorg (elz) zoals die terug te vinden zijn in de Nota Eerstelijnszorg van WVC (zonder daar zelf uitgebreid op in te gaan). Bovendien wordt gesteld dat een visie op de elz valt onder de gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeente, hulpverleners, instellingen, organisaties, financiers en gebruikers. Vanuit pragmatische overwegingen ligt derhalve in de nota de nadruk op organisatorische en voorwaardenscheppende aspecten, die samenhangen met de rol die de gemeente in het kader van de WVG/WGM zal moeten vervullen. Volgen we de structuur van de nota dan wordt in het eerste deel van het kader aangegeven waarbinnen het beleid zich zal dienen af te spelen. Uitgangspunt zal het vierjarenplan zijn dat dient als beoordelingskader voor het afgeven van erkenningen (aan instellingen), vergunningen (aan vrije beroepsbeoefenaren) en subsidiebeschikkin-

gen. De gemeente pleit met nadruk voor de mogelijkheid om hieraan zelf voorwaarden te mogen verbinden. Dan pas is een eigen eerste-lijnsbeleid te realiseren. Vooralsnog is het wachten op de bestuurlijke decentralisatie. Opgemerkt moet worden dat, alhoewel de KSW van de baan is, Rotterdam het onderbrengen van het vierjarenplan in een stedelijk welzijnsplan als zinvol blijft beschouwen. Temeer omdat de gemeente (net als de drie andere grote gemeenten) op grond van een overeenkomst met het Rijk reeds een aantal voorzieningen in deze sfeer toegewezen heeft gekregen, namelijk gezinsverzorging, amw en ambulante bejaardenzorg. Hierop kan ze in plannende en ten dele ook in financierende zin invloed uitoefenen. Het tweede deel van de nota bevat enkele beschouwingen over de organisatie van de elz en de betrokkenheid van de gemeente. Deze is, door het ontbreken van wettelijke mogelijkheden en ook door het vrije ondernemerschap van sommige eerstelijns disciplines, lange tijd beperkt gebleven tot het tot ontwikkeling brengen van samenwerkingsverbanden. Zo zijn er werkers voor gezondheidscentra door de gemeente in dienst genomen en werden subsidies aan centra verstrekt. Door de invoering van de WVG-/WGM zal de wettelijke basis voor het voeren van een beleid ten aanzien van de elz wel toenemen maar er is nog steeds onduidelijkheid over de precieze invulling en de inhoud en reikwijdte van de AMvB ter uitvoering van de wet. In het laatste deel van de Nota wordt een voorstel geformuleerd voor een project Eerstelijnszorg. Dit moet het startpunt zijn voor het streven naar verbetering van het functioneren van de lokale elz. Het project zal vooralsnog beperkt blijven tot een drietal aandachtsgebieden oftewel deelprojecten: de afstemming van gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en bejaardenzorg; de verschuiving van de intramurale zorg naar de eerste lijn; de relatie van verplegings- en verzorgingstehuizen met de eerste lijn. Deze deelprojecten gaan uit van concrete situaties in de hulpverlening en volgen globaal dezelfde opzet. Enerzijds zal een inventarisatie uitgevoerd worden van problemen in de organisatie van de hulpverlening en reeds ontwikkelde oplossingen waarna maatregelen voorgesteld kunnen worden aan de hand van een beeld van de beoogde situatie. Anderzijds zullen ook meer structurele barrières opgespoord worden en zal nagegaan worden of deze, mogelijke bij wijze van experiment, doorbroken kunnen worden. Deze deelprojecten worden verder toegelicht in de nota voor wat betreft hun inhoud, de locatiekeuze voor de uitvoering en de organisatie (instellen stuurgroep). Tevens worden een aantal voorwaarden benoemd zoals een gemeentelijke gebiedsindeling voor de elz. Het voorstel is gezien de opzet actiegericht en ligt gelet op de keuze van deelprojecten in

het verlengde van landelijk uitgesproken wensen. Voordat definitieve besluiten worden genomen zal de nota in discussie worden gegeven aan alle betrokkenen. Tot slot dienen we het verband weer te geven tussen dit voorstel en de uitspraak dat de nota een aanzet tot een vierjarenplan pretendeert te zijn. Volgens de gemeente dient planning niet slecht gezien te worden als middel om de omvang van het aanbod te regelen, maar meer als een proces waarmee een optimale ordening kan worden aangebracht door afstemming van hulpverleningsmogelijkheden. De Rotterdamse nota geeft daarmee een voorbeeld van hoe het gemeentelijk plan als bestuurlijk instrument aangegrepen kan worden voor inhoudelijke en organisatorische veranderingen in de elz in een situatie waarin men nog niet de beschikking heeft over dat instrument.

De tweede nota van Rotterdam is tevens één van de meest recente in onze verzameling. Overleg met het ministerie heeft duidelijk gemaakt dat de gefaseerde invoering van de WVG voor Rotterdam en de drie andere grote steden binnen afzienbare tijd doorgang zal vinden. Een en ander betekent dat voor 1988 een vierjarenplan opgesteld zal dienen te worden. De basis hiervoor wordt gevormd door ook al in de vorige nota geformuleerde beleidsuitgangspunten die ontleend zijn aan de Nota Eerstelijnszorg van het Rijk, namelijk versterking elz, grotere samenhang tussen de verschillende vormen van zorg, een drempelloze en dichtbij de burger gesitueerde elz en een grotere betrokkenheid van de burger. De daadwerkelijke invoering van de AMvB inzake het vestigingsbeleid wordt door de gemeente gezien als een eerste sturingselement. Voor een goede en zorgvuldige uitvoering van dit vestigingsbesluit dient op zo kort mogelijke termijn de gemeentelijke gebiedsindeling vastgesteld te worden. Hiervoor zal nog overleg gevoerd moeten worden met het veld aangezien de verschillende disciplines hun eigen indeling hanteren. De nota besteedt de nodige aandacht aan de verschillende betrokken partijen met hun verantwoordelijkheden en belangen ten aanzien van de elz en in het bijzonder de planning door de gemeente. Met enige klem wordt erop gewezen dat dit slechts in gezamenlijk overleg tot stand kan komen. De nota maakt een onderscheid in een lange en korte termijn beleid, waarbij de eerste richtinggevend is voor de tweede. Ten aanzien van de lange termijn gaat de aandacht uit naar: een integratie van gezondheidszorg met maatschappelijke dienstverlening; het door middel van planning zorg dragen voor een evenwichtige en op de behoefte van de werkgebieden afgestemde spreiding en omvang; een daadwerkelijke inbreng en invloed van gebruikers bij ontwikkeling en uitvoering van het beleid. Op korte termijn is het volgende van belang: het opzet-

ten van een formele eerstelijns-overlegstructuur; het in overleg vaststellen van werkgebieden (welke voor de lange termijn als uitgangspunt gelden voor de planning, erkenning en vestiging); het komen tot een structurele en gegarandeerde financiering van het eerstelijns-ondersteuningsorgaan; het totstandbrengen c.q. uitbreiden van samenwerking tussen de kerndisciplines. De in de vorige nota geformuleerde deelprojecten werden door het veld niet goed ontvangen (te globaal en te ver weg van de dagelijkse praktijk). Er worden dan ook nieuwe voorstellen geformuleerd. Gedacht wordt aan een experiment 7 x 24 uren-zorgverlening ten behoeve van bejaarden en het experimenteel starten van een wijksgewijze samenwerking. Dit laatste is in eerste instantie gericht op de mate waarin de organisaties in staat zijn op bescheiden schaal (één werkgebied van 30.000 inwoners) strikt wijkgebonden te werken. Voor de financiering van dergelijke experimenten wordt een dringend beroep gedaan op de rijksoverheid.

Het **Stadsgewest Breda** doet eveneens twee nota's verschijnen. De nota Volksgezondheid bespreekt de basisgezondheidszorg en de eerste en tweedelijnsgezondheidszorg voor de 21 stadsgewestgemeenten. Per echelon worden in algemene termen doelstellingen en kenmerken genoemd, voorzieningen en taken aangeduid en wordt een overzicht gegeven van landelijke ontwikkelingen met name toegespitst op de komst van de WVG. Deze aspecten zijn zoals de nota zelf ook aangeeft overgenomen uit de voorhanden zijnde landelijke documenten zoals de Structuurnota en voor de el(g)z de beide rijksnota's. Aangezien de parlementaire discussie over de integratie van de maatschappelijke dienstverlening in de WVG danwel de WGM nog niet is afgerond houdt de nota daarmee nog geen rekening. Wat sterk naar voren komt is de belangrijke intermediaire functie van het Stadsgewest voor wat betreft het doorspelen van informatie over de gezondheidszorg en de WVG naar de gemeentebesturen (voor hen is ook deze nota in het bijzonder geschreven) en het formuleren van voorstellen voor een beleid. Aan de hand van een ontwerpnota vond reeds een proces van meningsvorming plaats met gemeenteraadsleden, leden van de gewestraad en beroepsbeoefenaren over de wijze waarop gemeenten en stadsgewest in samenspraak met het veld de WVG zouden kunnen uitvoeren. In de huidige nota worden de uitkomsten daarvan vermeld. In het kort komt de Bouwstenennotitie ter sprake en de BOM, die in de vorm van een voorstel van de Provincie naar de minister gaan, echter nu nog in een stadium van voorbereiding verkeren. Wel wordt geconstateerd dat het gebied van het stadsgewest overeenkomt met de voorgestelde indeling van het college van Gedeputeerde Staten. Ten aanzien van de

planning wordt voorgesteld dat een gewestelijke blauwdruk leidraad moet zijn voor de (inter-)gemeentelijke planvorming. Ook voor de daarbij benodigde samenwerkings- en adviesstructuren worden voorstellen gedaan in de vorm van een in te stellen gewestelijke commissie volksgezondheid en mogelijk voor de gemeente Breda een eigen gemeentelijke commissie. Tevens loopt een project Regionale Gegevensoverzichten dat gegevens verzameld ten behoeve van de uitvoering van beleid. Naast deze en andere ideeën omtrent de op te zetten bestuurlijke infrastructuur worden ook meer zorginhoudelijke doelstellingen geformuleerd. Hierin fungeren de eigen verantwoordelijkheid van het individu, de zelfzorg en mantelzorg, het wegnemen van gezondheidsbedreigende factoren, een samenhangend en bereikbaar stelsel van voorzieningen en democratisering als de hoofdelementen. De nota is grosso modo echter bestuurlijk van aard en schetst een mogelijke infrastructuur en enkele globale procedures voor het totstandbrengen van plannen.

De tweede nota van het stadsgewest Breda behelst een inventarisatie van de basis- en eerstelijnsgezondheidszorg. Ter uitvoering van de planningsbevoegdheid die op grond van de WVG aan gemeenten verleend zal worden zullen voor deze beide gezondheidszorg sectoren adequate gegevens nodig zijn. De voorgaande nota heeft deze inventarisatie reeds aangekondigd. Ook hier geldt weer dat het amw en de gezinszorg buiten beschouwing gelaten worden. De nota geeft alleen feitelijke informatie over de aanwezigheid van voorzieningen, de mate waarin dat voorzieningenniveau voldoet aan thans geldende normen zoals gesteld door de rijksoverheid en over de geografische spreiding van de voorzieningen over het stadsgewest. Er worden geen knelpunten benoemd, geen interpretaties gegeven en geen conclusies getrokken. Daarvoor is meer informatie nodig bijvoorbeeld over samenwerkingsrelaties, patiëntenstromen en praktijkomvang. Naast gegevens over het aanbod worden ook bevolkingsgegevens gepresenteerd. De nota stelt dat voor de toekomst onder andere getracht zal worden een meer gefundeerd inzicht te verkrijgen in de gezondheidstoestand oftewel de vraag naar gezondheidszorg. Overigens komt het beleid van de rijksoverheid sumier en verspreid over de verschillende voorzieningen en beroepsgroepen aan de orde. Zo wordt de Structuurnota genoemd alsmede de eerstelijnsnota's en specifiek voor de huisartsen het Vestigingsbesluit.

Capelle aan den IJssel speelt met haar nota eveneens in op de ontwikkelingen rond de invoering van de WVG. De nota is jarenlang uitgebleven wat voor een belangrijk deel te wijten is aan de verander-

lijke wetgeving. Toch is er weldegelijk een volksgezondheidsbeleid gevoerd. Als voorbeelden gelden: vestiging van twee ziekenhuizen; vooruitlopend op de decentralisatie van bevoegdheden het instellen van de adviescommissies ex-WVG; komende realisering van een gezondheidscentrum; vestiging van apotheek en een huisarts. Onlangs is ook de samen met de andere zogenaamde Rotterdamse schilgemeenten, aangevraagde plankostenvergoeding door het Rijk toegekend. Er wordt een verdeling gegeven van de hiermee verkregen formatieplaatsen over de gemeenten. Ook in deze nota wordt uitvoerig stilgestaan bij de WVG, de daarin opgenomen instrumenten en bijbehorende procedures en de wijze van invoering via de BOM en AMvB. De besturen van deze gemeenten zullen in overleg bezien of zij een eigen subregio kunnen vormen en, indien niet, hoe zij zich dan in de subregio Groot-Rotterdam toch gezamenlijk kunnen profileren. De gemeente gaat uit van het standpunt dat wat in redelijkheid gepland wordt ook betaald moet worden en dat binnen het financiële kader de beleidsruimte zo groot mogelijk moet zijn. Herbestemming van gelden moet binnen zekere marges tot de bevoegdheid van de gemeente behoren. Naast een toelichting op landelijke vordering ten aanzien van de invoering van de WVG worden in afzonderlijke hoofdstukken de basis-, de eerste en de tweedelijns gezondheidszorg behandeld overeenkomstig de Nota Eerstelijnszorg van de rijksoverheid. De nota geeft verder uitvoerig sociografische informatie en gegevens over de medische consumptie. Een inventarisatie van de aanwezige elgz-voorzieningen, wordt per wijk en per discipline weergegeven. Capelle is een groeikern bestaande uit een aantal wijken waardoor een groot deel van de bevolking er nog maar kort woont en de eerstelijnszorg ook wijkgericht functioneert, in de vorm van wijkteams. De gemeente heeft een voorkeur voor wijkgezondheidscentra. Als doelstellingen worden gezien: het weg nemen van gezondheidsbedreigende factoren; het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van het individu voor zijn gezondheid en die van zijn naasten; bevorderen bereikbaarheid; streven naar onderlinge samenhang; bevorderen van participatie. De nota geeft tot slot een aantal actieplannen, met betrekking tot de eerstelijns noemen wij de volgende: in samenspraak met het "Capels overleg eerstelijnsgezondheidszorg" gestalte geven aan het integraal beleid voor deze zorg met als kernpunt het werken vanuit wijkgezondheidscentra en het totstandbrengen van geografisch gescheiden werkgebieden in de wijken; het onder de WVG uit te voeren vestigingsbeleid relateren aan de bevolkingsgroei.

De **Amsterdamse** nota noemt de ontwikkelingen in de gezondheidszorg om

het zwaartepunt te leggen bij de elz en de prioriteit die bij het fase-gewijs invoeren van de WVG aan deze sector wordt gegeven als aanleiding om een visie op de elz verder uit te werken. Het wordt als een knelpunt ervaren dat met de WVG en later ook met de WGM, geen verbinding bestaat tussen de planningsbevoegdheid en de financiering. De besluitvorming over de financiering van de eerstelijns vindt voorts nog plaats op landelijk niveau. Hierdoor ontstaat het gevaar, dat instanties in verschillende kaders en vanuit verschillende optiek, (verschillende) beslissingen nemen over dezelfde voorziening. In de nota wordt erop gewezen dat de belangstelling van de gemeente voor nieuwe ontwikkelingen in de elz al ruim tien jaar geleden is ingezet. Dit is vooral tot uiting gekomen in een stimuleringsbeleid ten behoeve van multidisciplinaire samenwerking wat als middel gezien wordt voor een sterkere eerstelijns. Concreet heeft dit geleid tot de oprichting van een tweetal stichtingen (SOSEL, SGZ) om de totstandkoming van samenwerkingsverbanden kansen te bieden en het toepassen van een gemeentelijke regeling ter financiering van allerlei initiatieven gericht op multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Om de doelstelling van de elz, zoals die in de Schets door de regering werd aangedragen, te realiseren moet de elz volgens Amsterdam voldoen aan de volgende criteria: wijk/buurtgericht, herkenbaar, bereikbaar, continue beschikbaar, beïnvloedbaar, laagdrempelig, afgestemd op de behoefte, samenwerking op verschillende niveau's, betrokkenheid van patiënten/cliënten. De nota behandelt vervolgens de kerndisciplines waartoe ook de fysiotherapie en de apotheker gerekend worden. Met het Vestigingsbesluit huisartsen in zicht zal bij het hanteren van dit instrument het volgende doel gelden: het bevorderen van een inzichtelijke ordening (waaronder de waarneemregeling) en een evenwichtige spreiding en daarnaast het optimaliseren van de kwaliteit (o.a. door afstemming bereikbaarheid, samenwerking, regionaal werken). Om dit te bereiken moet de AMvB voldoende beleidsruimte bieden en zal bijvoorbeeld rekening gehouden moeten worden met de bewerkelijkheid van de huisartsenpraktijk (veel bejaarden, etnische minderheden en drugverslaagden, hoog verhuyspercentage). Ook voor fysiotherapeuten dient er in overleg met de beroepsgroep een vestigingsbeleid te komen. Verder aandachtspunten van de nota betreffen het vrijwilligerswerk en zelfhulpgroepen, participatie van bewoners/gebruikers, verhouding tussen eerste- en tweede- lijn, onderzoek in en financiering van de elz. Centraal thema is zoals gezegd samenwerking. Voorwaarde daarvoor zijn regionalisatie en afstemming van de verschillende werkgebieden. De RIAGG indeling biedt voldoende mogelijkheden voor aansluiting. Inhoudelijke en fi-

nanciële aspecten worden besproken. Amsterdam staat een verdere structurering van de eerste lijn voor. Volgens haar is de tijd aan-gebroken dat op stadsdeelniveau (100.000 inwoners) platforms worden gecreëerd, waar alle betrokkenen bij de elz (gebruikers, hulpverle-ners, instellingen, financiers, overheid) elkaar treffen. Overwegin-gen daarbij zijn het consequent wijkgericht werken en de binnen de gemeente op gang komende bestuurlijke decentralisatie in de vorm van stadsdeelraden (deelgemeenten). Tot slot noemen we hier het sterke beroep op de rijksoverheid om te komen tot één financieringsstroom voor de samenwerkingsverbanden in de vorm van een budgetsysteem. De-ze geldstroom zou via de gemeente moeten lopen om de planning van haar eerste lijn in het kader van de WVG/WGM ook van enige betekenis te laten zijn. Bij het vaststellen van de financiële kaders moet re-kening worden gehouden met de bijzondere grootstedelijke problema-tiek in Amsterdam. Overigens is de gemeente bereid om haar eigen be-grotingsgelden ten behoeve van de eerstelijns (o.a. subsidies aan sa-menwerkingsverbanden en stichtingen met ondersteuningsfuncties) zo-veel mogelijk op het huidige niveau (1,3 miljoen) te handhaven.

Kort na het verschijnen van bovenstaande nota brengt **Osdorp**, een deelgemeente van Amsterdam, een eigen nota naar buiten, waarin voor-stellen geformuleerd worden om te komen tot een organisatorische herstructurering van de elz. De nota staat nogal op zichzelf in die zin dat er nauwelijks gerefereerd wordt aan landelijk beleid of ont-wikkelingen. Alleen de WVG/WGM komt ter sprake maar het blijft on-duidelijk welke functie de deelgemeente wil of zal hebben bij het uitvoeren van het vestigingsbeleid en het opstellen van plannen. Daarbij komt nog dat niet kan worden aangegeven in hoeverre de ge-wenste structuurveranderingen passen binnen het Amsterdamse beleid. De nota komt voort uit de wens de kwaliteit van de hulpverlening te verbeteren. Niet omdat deze onvoldoende is, maar omdat de huidige structuur van afzonderlijke werksoorten in stedelijke instellingen, te veel versnippering en barrières met zich meebrengt. Bij het over-zicht van criteria voor kwaliteitsverbetering laten zich de lande-lijke beleidsnota's impliciet voelen. Zo worden de volgende genoemd: bereikbaarheid, herkenbaarheid, continuïteit, integrale zorg, buurt-gerichte werkwijze en aanbod, preventief werken, zelfstandigheid cliënt en democratisering. De nota geeft een beeld van de huidige situatie in Osdorp voor wat betreft de kenmerken van de wijk en haar bevolking, het aanbod van voorzieningen, de wijze waarop deze geor-ganiseerd zijn, hun onderlinge samenwerking en de zich voordoende knelpunten. Vanuit overwegingen ter verbetering van de huidige prak-

tijk en meer theoretische modellen wordt een organisatie voorstel gedaan dat zowel de patiënten/cliëntenzorg op werkeenhedenniveau omvat als het samenwerkings- en beleidsniveau. Het perspectief bestaat uit een eerstelijns-instelling met samenwerkingsovereenkomsten met solisten of met hulpverleners in loondienst dan wel vanuit de stedelijke organisaties gedetacheerd, erkend in het kader van de WVG/WGM en functionerend op basis van één budget. De werkpraktijk heeft dan het voordeel van een gezamenlijke intake, een gebundelde coördinatiecapaciteit, betere bereikbaarheid en zou zodanig opgezet moeten zijn dat de patiënten/cliënten bestanden van de hulpverleners elkaar zoveel mogelijk overlappen en de samenwerking en gebruikersparticipatie daarbij effectief aansluiten. Er wordt in detail ingegaan op zowel de uiteindelijke vormgeving als de gefaseerde weg die daartoe doorlopen moet worden. De nota is bedoeld als aanzet voor discussie (vooral ook voor de wijkbewoners) die moet leiden tot een intentie verklaring van alle betrokkenen gericht op de realisatie van de nieuwe wijkorganisatie. Vervolgens zou een stuurgroep onder andere een haalbaarheidsstudie moeten verrichten.

De intergemeentelijke nota van **Nieuwe Waterweg Noord** bestaande uit de gemeenten Maassluis, Schiedam en Vlaardingen is weer een typische WVG nota. Al eerder in 1982 hebben de gemeenten ingestemd met een beleidsschets en daarmee het voornemen uitgesproken om in de toekomst hun beleid met betrekking tot de volksgezondheid zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen en in onderling overleg voor te bereiden. Daartoe is ook een intergemeentelijk overlegorgaan ingesteld. Door de voortdurende onduidelijkheid over de ontwikkelingen rond de WVG en WGM werd het nodig gevonden deze schets te actualiseren en opnieuw te ordenen. Allereerst komt de invoering van de WVG ter sprake aan de hand van de BOM. De gemeenten streven naar een regionale erkenning vanuit de WGR voor het Nieuwe Waterweg Noord-gebied. Verder zien de gemeenten geen aanleiding om acties te ondernemen ter realisering van raden van overleg en advies, zolang onduidelijkheid bestaat over de vraag hoe in de WVG/WGM de adviesstructuur zal worden ingevuld. De gemeenten verwachten dat de elgz en de basisgezondheidszorg tot de planningsbevoegdheid van de lokale overheden gebracht zal worden. Daarnaast geven ze echter te kennen dat de planning van tweedelijnsvoorzieningen binnen bepaalde marges goed zou kunnen plaatsvinden op het niveau van de regio. De beleidsruimte die krachtens de WVG/WGM verkregen zal worden is nog niet uitgekristalliseerd evenmin als de inhoud van de planningstaak en de relatie planning-financiering. De gemeenten staan op het standpunt dat plan-

ningsbevoegdheid van de zorg en de financieringsbevoegdheid samen moeten gaan. Er moet ruimte zijn voor keuzes met betrekking tot de besteding van financiële middelen in de vorm van een regionale budgettering. Ten aanzien van de informatie voorziening wordt een afwachtende houding aangenomen. Uit de nota blijkt verder dat de gemeenten samen een plankostenvergoeding ontvangen. Na de bespreking van de BOM komen in afzonderlijke hoofdstukken de verschillende gezondheidszorg sectoren aan bod. Richten we ons op de elgz dan valt op dat de nota zich nadrukkelijk richt op gezondheidszorg en de verbreiding naar elz (dus inclusief maatschappelijke dienstverlening), zoals bepleit in de Nota Eerstelijnszorg van het ministerie, nog niet wil overnemen. Vooruitlopend op de wettelijke verplichting hebben de gemeenten zich voorgenomen gezamenlijk de contouren te ontwikkelen voor hun taken ten aanzien van planning en vestiging. Vooral nog zal op ad-hoc basis overleg gevoerd worden met de betrokkenen. De gemeenten hopen op een zekere mate van beleidsvrijheid bij het uitvoeren van het vestigingsbeleid. Zo willen ze het principe van afgebakende verzorgingsgebieden als leidraad hanteren. De nota bevat een summiere inventarisatie van het aanbod van hulpverleners in de drie gemeenten. Tot slot wordt enige aandacht besteed aan samenwerking in de elgz. De gemeenten zijn van mening dat de organisatorische vormgeving van samenwerkingsverbanden niet overal gelijk hoeft te zijn. Belangrijker is het dat ze bestaan c.q. van de grond komen. Daarbij behoren met name kruisverenigingen een actief stimulerende rol te spelen.

De nota van de gemeente **Gorinchem** komt voort uit de behoefte aan intergemeentelijke afspraken omtrent de naderende invoering van de WVG. Evenals eerder beschreven gemeentelijke nota's wordt de WVG en de stand van zaken omtrent de invoering van de WVG uitgebreid toegelicht. De gemeente maakt deel uit van de gezondheidsregio Dordrecht. Overwogen wordt binnen deze regio een tweetal subregio's te onderscheiden te weten Drechtsteden en Gorinchem e.o. (bestaande uit 25 gemeenten). Voor de subregio Gorinchem wordt voorgesteld één adviescommissie in te stellen. Voor het vestigingsbeleid stelt de nota voor de subregio nogmaals in tweeën te delen met in beide clusters één vestigingscommissie. De in subregionaal verband aangevraagde plankostenvergoeding heeft geresulteerd in 1,5 toegezegde formatieplaats. Portefeuillehoudersoverleg heeft geresulteerd in een voorlopige stationering van één ambtenaar, voor 20 uur in de centrumgemeente Gorinchem, belast met de voorbereiding en uitvoering van de WVG in het gebied van de samenwerkende gemeenten. De nota

geeft een overzicht van de taken die in dit verband uitgevoerd moeten worden. Evenals de nota van de Nieuwe Waterweg Noord wordt naast de toebedeling van de elgz en de basisgezondheidszorg aan de gemeenten gepleit voor een planningsbevoegdheid voor een aantal tweede-lijnsvoorzieningen. Ten aanzien van de adviesstructuur wordt opgemerkt dat, zolang er geen duidelijkheid bestaat over de beleidsruimte van de gemeenten, er hierover geen besluit kan worden genomen. Voorgesteld wordt de hierboven genoemde plancommissie een informeel karakter te geven. De vestigingscommissies dienen flexibel te zijn dat wil zeggen, afhankelijk van de gemeente waar de vestiging is voorgenomen dient de samenstelling van de commissie bepaald te worden. Zoals gezegd worden de planningstaken in samenwerking uitgevoerd. De flexibele vestigingscommissies zorgen er daarnaast voor dat de vestiging van beroepsbeoefenaren tot de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van de individuele gemeente behoort. Opgemerkt dient te worden dat de intergemeentelijke samenwerking niet geformaliseerd zal worden in een nieuwe bestuurlijke structuur maar gebruik maakt van bestaande structuren, zoals het portefeuillehoudersoverleg. De nota geeft verder de planvormingsprocedure in een aantal opeenvolgende fasen weer. Naast de hier geschetste bestuurlijke en procedurele aspecten wijzen we er tot slot op dat de nota instemt met de volgende beleidslijnen van de centrale overheid: meer samenhang en samenwerking, versterken eerstelijns, bevorderen eigen verantwoordelijkheid, zelfzorg, mantelzorg preventie, samenhang, kwaliteit, democratisering en rechten van de patiënt. Deze steunbetuiging met rijksbeleid valt echter in het niet bij de bekommelingen omtrent de WVG.

De gemeente **Haarlem** is de grootste gemeente van het gewest Kennemerland bestaande uit nog vijf andere gemeenten. Dit gebied, ook wel aangeduid als de subregio Zuid-Kennemerland, vormt samen met Midden-Kennemerland één van de drie integrale invoeringsprojecten WVG. De nota meldt dat reeds in oktober 1983 een raamnota gezondheidszorg is gepresenteerd waarmee een aanzet voor een gezondheidszorgbeleid in hoofdlijnen werd gegeven. Deze nota kwam voort uit de ontwikkelingen op wetgevingsterrein. De WVG voorzag immers in een decentralisatie van planningsbevoegdheden. Met de aankondiging van de WGM staat de WVG ter discussie en men vraagt zich af of deze gezien de ondergang van de KSW nog wel ingevoerd zal worden. De WGM-voorbereidingen verlopen ook al niet geheel voorspoedig. De drie integrale invoeringsgebieden hebben echter nog groen licht. De BOM zijn inmiddels vastgesteld en zijn voorgelegd aan de staatssecretaris. Verder is ook de

concept-AMvB die de juridische basis moet vormen voor de integrale invoeringsprojecten onderwerp van bespreking. Ook wanneer de WVG of WGM stagneert of wellicht onverhoopt in het geheel niet doorgaat (wat als een gemiste kans wordt gezien) wordt een nadere invulling van het beleid, zoals in de raamnota aangekondigd, noodzakelijk geacht. Centrale uitgangspunten zijn bereikbaarheid, toegankelijkheid, aansluiting op specifieke behoeften van de Haarlemse bevolking en samenhang. Als uitwerking van de raamnota is gekozen voor de elz aangezien deze bij de decentralisatie van bevoegdheden als belangrijkste terrein genoemd wordt. Ten aanzien van de BOM wordt onder andere opgemerkt dat de gemeenten in het gewest Kennemerland hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden ex WVG niet zullen overdragen aan het Gewest. Wel zullen gezamenlijke beleidsuitgangspunten gelden en een uniforme planprocedure. Alle gemeenten stellen hun plan zelf vast. Een paar gemeenten besteden de planvoorbereiding uit aan het bureau WVG van het gewest. Voor de subregionale voorzieningen zullen in de gemeentelijke plannen eensluidende paragrafen worden opgenomen, tevens is daarbij voorzien in een conflictregeling. Ook is men van plan een onderscheid te hanteren tussen enerzijds beleidsplannen, met de hoofdlijnen van overheidsbeleid en anderzijds voorzieningen plannen, met een meer operationeel karakter. Volgen we de structuur van de nota dan wordt vervolgens ingegaan op de plaats van de elz in de zorgverlening. Hier is de invloed van de rijksnota Eerstelijnszorg voelbaar. Zo is naast de doelstelling en een opsomming van kenmerken ook het zogenaamde zorgmodel overgenomen: informele hulp als ondersteuning van de professionele hulp in de elz of wanneer deze tekort schiet de tweedelij. Daarna worden in afzonderlijke hoofdstukken de vier kerndisciplines behandeld voor wat betreft hun historische ontwikkeling, functie, financiering, het huidige aanbod in Haarlem en de zich voordoende lacunes en overlappingsen. Afzonderlijke aandacht wordt besteed aan de zich voordoende raakvlakken tussen de kerndisciplines, de overige elz voorzieningen (slechts een globale kenschets) en aan een aantal bijzondere doelgroepen die categorale aandacht behoeven zoals gehandicapten, ouderen, minderheden en verslaafden. Richten we ons op de conclusies en aanbevelingen dan vermelden we het volgende. De gemeente beschouwt de nota als een belangrijke aanzet voor het opstellen van een WVG-plan. Verdere planvorming zal niet alleen in overleg met het Haarlems Eerstelijnsberaad moeten plaatsvinden maar ook zal bilateraal contact met instellingen moeten plaatsvinden. Samenhang in zorg vereist samenwerking. De totstandkoming van gezondheidscentra is vaak moeilijk. Voor zover mogelijk zal een stimulerend beleid ontwikkeld

worden voor "lichtere" en vaak flexibele vormen zoals het home-team. Verder wordt het standpunt verkondigd dat in de landelijke beleidsontwikkeling de mogelijkheden van uitbreiding van zelf- en mantelzorg en vrijwilligerswerk sterk overschat wordt. Er wordt gepleit voor het daadwerkelijk overhevelen van middelen uit de tweede naar de eerstelijns. Er zijn nadere afspraken vereist over het functioneren van de vestigingscommissie binnen de beroepsgroep huisartsen in relatie tot de wettelijke vestigingscommissie. Gestreefd wordt naar het zoveel mogelijk opvangen van signalen van gebruikers over het functioneren van de zorg. Tot slot komt ook in deze nota de afstemming van werkgebieden aan de orde. Het wordt gezien als een van de voorwaarden voor een op de behoefte afgestemd hulpaanbod en als belangrijk instrument voor samenhang. De nota geeft een uitgewerkte indeling van de stad in een zestal stadsdelen van circa 30.000 inwoners.

De nota die gezamenlijk door de gemeenten **Hulst en Hontenisse** is uitgebracht neemt te midden van de overige hier beschreven nota's een wat vreemde plaats in. Het is een deelplan gezondheidszorg in het kader van het Welzijnsplan 1986-1989. Het wordt in de nota niet duidelijk gemaakt waarom deze is opgesteld. Ook wordt niet ingegaan op beleidsmogelijkheden en wettelijke instrumenten die de beide gemeenten hebben of wenselijk achten. In feite bevat de nota alleen een opsomming van uitgangspunten voor een te voeren beleid. Voorop staan een serie uitgangspunten voor welzijnsbeleid in het algemeen, zoals: een gevarieerd aanbod tegemoet komend aan de behoeften van de bevolking; zelfontplooiing en zelfverwerkelijking voor alle burgers; bevorderen vrijwilligerswerk; samenhang in voorzieningen en activiteiten en opheffen van overlappingsen; spreiding van activiteiten naar dorpsterreinen; lage drempel; democratisch functioneren van instellingen; uitvoering van activiteiten bij voorkeur door particulier initiatief; afstemming beleidsvoornemens in regionaal verband. Na een korte begripsverduidelijking voor de verschillende onderdelen van gezondheidszorg, te weten de basisgezondheidszorg, de informele zorg en de eerste- en tweedelijnszorg, ontleend aan de Nota Eerstelijnszorg, worden specifieke uitgangspunten aangegeven. Daarin komt ondermeer het uit de rijksnota afkomstige zorgmodel naar voren dat gebaseerd is op het zolang mogelijk zelfstandig in zijn thuissituatie functioneren van de patiënt/cliënt. Voor de elz geldt verder onder andere het afstemmen van de onderdelen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, het stimuleren van samenwerking en het ontwikkelen van een ouderen beleid. Wat de realisering van deze punten

betreft wordt opgemerkt dat de mogelijkheden om te komen tot een samenhangend beleid in de zorgsector gelet op de beperkte bevoegdheden niet optimaal zijn. Een gestructureerd overleg tussen de instellingen kan bijdragen aan de gewenste samenhang. Door het maken van meer bindende afspraken tussen gemeentebesturen- en instellingen kan wellicht in gezamenlijkheid uitvoering gegeven worden aan de geformuleerde wensen. Tot slot wordt in de nota opgemerkt dat aan de invulling van de uitgangspunten al een bijdrage wordt geleverd door in de regio werkzame zorginstellingen.

De gemeente **Almelo** vormt samen met zes andere gemeenten een subregio. In onderling overleg zijn de voorbereidingen in het kader van de BOM gereedgekomen (inhoudelijk wordt daar niet op ingegaan). De nota spreekt zich uit over de bevordering en afstemming van de elz in Almelo. Alhoewel de nodige aandacht wordt besteed aan de WVG/WGM (o.a. een overzicht van beleidsinstrumenten) kan gesteld worden dat de motivatie voor deze nota meer van zorginhoudelijke aard is. Zo wordt gesproken van een voortrekkersrol die de gemeente zal moeten vervullen ter realisatie van de versterking van de eerste lijn. De nota zal ter discussie gesteld worden en stelt zich ten doel voorstellen te formuleren voor de ontwikkeling van een meer samenhangende elz. Hiermee wordt tevens beoogd bouwstenen te leveren voor toekomstig op te stellen WVG-plannen. De nota bespreekt allereerst de taakverzwaring voor de elz door de vermindering van opnames en opnameuur en zaken als dagverpleging en -behandeling, alsmede de grotere aandacht voor verpleging en verzorging in de thuissituatie. Dit vereist goede samenwerking binnen de elz. Vervolgens passeren de vier kerndisciplines de revue en in een sneller tempo de overige voorzieningen in de elz. Hierbij worden slechts enkele globale kenmerken en ontwikkelingen op landelijk niveau benoemd. Almelo onderstreept het landelijk beleid ook op het punt van participatie en democratisering vooral om recht te doen aan het uitgangspunt van een duidelijke en overzichtelijke elz. De hulpverleners zelf dienen dit te bevorderen. Daarbij is er een belangrijke taak weggelegd voor de G.V.O. discipline. Naast samenwerking en afstemming tussen de verschillende disciplines en de betrokkenheid van de bevolking maakt het totstandbrengen van gemeenschappelijke werkgebieden ook deel uit van het te hanteren beleidskader. Deze drie elementen worden nader uitgewerkt in een reeks uitgangspunten en criteria voor een goede structuur en kwaliteit van voorzieningen (bereikbaar, toegankelijk en afgestemd op behoeften van bevolking), die het best gestalte kan krijgen in kleinschalige samenwerkingsgroepen met schriftelijk over-

eengekomen afspraken. Om deze verlangens te realiseren staat Almelo een nieuw in te stellen orgaan voor ogen, een soort platform waaraan alle betrokkenen deelnemen, met zowel uitvoerende als adviserende en richtinggevende taken en een eigen verantwoordelijkheid. De nota vraagt een positieve opstelling en een constructieve bijdrage van de deelnemers die vanuit een samenwerkings overeenkomst zullen moeten streven naar de voorgestelde verbetering van de elz.

De meest recente nota van onze verzameling en daarmee ook de laatste die hier besproken wordt is afkomstig van het intergemeentelijk samenwerkingsverband **Noordoost Friesland**. Het betreft hier nog slechts een concept welke dus nog bestuurlijk bekrachtigd moet worden. In het kader van de WGR heeft Provinciale Staten van Friesland vastgesteld welke gemeenten met elkaar gaan samenwerken. Daarbinnen vormt NO-Friesland een subregio bestaande uit 5 gemeenten: Ameland, Schiermonnikoog, Dongeradeel (met als kern Dokkum), Dantumadeel en Kollumerland. De nota behelst een uitvoerige inventarisatie van de in het gebied voorkomende gezondheidszorgvoorzieningen. Dankzij de verkregen plankostenvergoeding is daarmee de kennis vastgelegd die nodig is voor de in de toekomst op te stellen plannen. De nota geeft echter allereerst een beschouwing over de WVG (doelstellingen, instrumenten, adviesstructuur, planvorming, inwering). Enige scepsis wordt uitgesproken waar het de invulling van de WVG betreft. In een tijd van bezuinigingen zal er weinig beleidsruimte voor de lagere overheden resteren en zal er slechts sprake zijn van medebewind. De inventarisatie wordt beschouwd als uitgangssituatie ten opzichte waarvan een plan veranderingen zou moeten aangeven. Er wordt dan ook een vergelijking gemaakt met Nederland om te zien hoe NO-Friesland het er relatief van afbrengt. Dit geeft een eerste indruk van de richting waarin de uitgangssituatie zou moeten worden bijgesteld. Met dezelfde bedoeling wordt de spreiding onder de loep genomen alsmede een toets aan de landelijk geformuleerd capaciteits normen. De nota doet verder een poging om de samenhang in het stelsel van voorzieningen te beschrijven in termen van verwijs en samenwerkingsrelaties. Inzicht hierin is van belang om consequenties te kunnen overzien van veranderingen ten aanzien van bepaalde voorzieningen voor andere voorzieningen. Hierbij komen ook knelpunten naar voren. Voor de eerste lijn wordt onder andere gewezen op het spanningsveld tussen afstemming van werkgebieden en de vrijheid van artsenkeuze voor de gebruiker. Schematisch wordt een overzicht gegeven van type financiering en financieringsbronnen alsmede van de kosten van de gezondheidszorg in het gebied. Deze gegevens zijn niet echt hard omdat

de ziekenfondsen weigerden gegevens te verstrekken. Vervolgens wordt een poging gedaan een plan te formuleren in termen van uitbreiding of inkrimping van de capaciteit van voorzieningen. Hierbij worden ook die voorzieningen betrokken waarover de provincie een planningsbeleid voert, vanuit de gedachte dat de gemeentelijke overheden tot de belangrijkste provinciale adviseurs zullen moeten behoren. Tot slot worden de financiële consequenties gegeven van de kwantitatieve veranderingen. Aan het eind van de nota worden conclusies en aanbevelingen gegeven. We noemen er twee: het verrichten van onderzoek naar de specifieke behoefte, aangezien capaciteitsnormen te weinig rekening houden met de kenmerken van NO-Friesland (lage bevolkingsdichtheid, veel ouderen, eilanden); het samenwerkingsverband NO-Friesland dient contact op te nemen met het samenwerkingsverband Noord, waar reeds een begin is gemaakt met het voeren van het vestigingsbeleid op grond van de AMvB, om ten aanzien hiervan tot een onderlinge afstemming te komen. Overigens dienen we nog te wijzen op het feit dat het plan nog in de "gedachte-fase" verkeerd, aangezien de bestuurlijke decentralisatie zich op dit punt nog niet heeft doorgezet.

7.3. Bevindingen

In deze paragraaf tenslotte laten we weer een overzicht zien van de gevonden antwoorden voor iedere nota afzonderlijk (schema 7.1.). We zullen trachten tot enkele algemene bevindingen te komen. Waarmee de verzameling nota's uit de vierde periode teruggebracht kan worden tot beter overzienbare proporties. De nummering verwijst weer naar de vraagstellingen.

ad 1.: Wat allereerst opvalt is dat er in deze periode nota's van intergemeentelijke samenwerkingsverbanden verschijnen. Wanneer we daarbij de gemeenten betrekken die in hun nota melding maken van een voorgenomen of reeds functionerend samenwerkingsverband (Capelle a/d IJssel en Gorinchem) dan zijn het ook net deze nota's die een bredere werkingssfeer hebben. Met uitzondering van Hulst-Hontenisse heeft dit te maken met de WVG en de plankostenvergoeding. In beide zit een stimulans voor gemeentelijke samenwerking. Zo zegt de wet dat bepaalde taken beter intergemeentelijk geregeld kunnen worden indien daarmee de samenhang en spreiding in voorzieningen gediend is. Hier gaat het dan om voorzieningen met een boven-lokaal-karakter, zoals bijvoorbeeld de basisgezondheidszorg. Daarnaast heeft een gezamenlijke aanvraag voor de plankostenvergoeding een maximaal rendement,

Schema 7.1.: Schematisch antwoord op de vraagstellingen m.b.t. gemeentelijke nota's uit de periode IV.

Karakteristiek van nota	Rotterdam	Stadsgewest Breda	Capelle aan den IJssel	Amsterdam
werkingssfeer	elz	gezondheidszorg	gezondheidszorg	elz
aanleiding/motief	de wens om een eerste aanzet te geven voor een vierjarenplan WVG	behoefte aan gemeentebesturen aan verduidelijking en standpuntbepaling m.b.t. invoering WVG	opgang komende landelijke voorдерingen t.a.v. invoering WVG	versterking prioriteit WVG ligt b
strekking	projectvoorstel ter verbetering functioneren lokale elz door onderzoek en analyse van praktijk-situaties voorlopig vanuit drie aandachtsgebieden: afstemming binnen elz, verschuiving intramuraal naar elz, relatie verpleeg/verzorgingstehuizen met elz	schets van gezondheidszorg en landelijke ontwikkelingen per eche- lon; doelstellingen ontleend aan Nota Eerstelijnszorg; voorstellen voor bestuurlijke infrastructuur n.a.v. vast te stellen BOM	beschrijving invoering en toekomstige bevoegdheden; standpunten t.a.v. gebiedsindeling, verdeling plankostenvergoeding, inventarisatie van voorzieningen; bevolkings/consumptiegegevens; streven naar wijkgezondh. centra en identieke werkgebieden per wijk	visie op elz wijk/buurtge multidisciplinair samenwerking banden; besceping elz var grootstedelijke problematiek stellingen c gionalisatie stemming wer meer structu door instel forms als tr alle betrokt stadsdeelsn
functie	discussie	beleidsbepaling	beleidsbepaling	beleidsbepaling
voorwaarden/beperkingen	uitkomst discussie in het veld; verdere besluitvorming door gemeente	de uitkomst van de vast te stellen BOM; nader overleg en besluitvorming in gewenst verband	samenspraak met georganiseerd elgz-overleg; verdere besluitvorming t.a.v. gebiedsindeling	ontbreken vopeling plan financiering leidsruimte menten ex-WV snipperde foring van sarkingsverband
referentiekader	Nota Eerstelijnszorg; WVG/WGM	Structuurnota: Schets; Nota Eerstelijnszorg; WVG/WGM, ontwerp-vestigingsbesluit; Bouwstenennotitie; plankostenvergoeding	Structuurnota: WVG/WGM; stimuleringsregeling Bouwstenennotitie; plankostenvergoeding	WVG/WGM; Sc muleringsre richtlijnen fonderraad

Osdorp		Nieuwe Waterweg Noord	Gorinchem
elz		gezondheidszorg	gezondheidszorg
inz;	onvrede over	onduidelijkheid	naderende invoering
voering	bestaande struc-	invoering WVG/	WVG en behoefte aan
elz	tuur van hulpver-	WGM; actualise-	intergemeentelijke
	lening en behoefte	ring eerder vast-	afspraken
	aan verbetering	gestelde beleids-	
	kwaliteit	schets	
voorstel wijkge-		beschrijving stand	beschrijving stand
richte	richte elz-in-	van zaken en stand-	van zaken m.b.t.
naire	stelling waarin	punten t.a.v. BOM;	invoering WVG in sub-
ver-	verschillende	streven naar erken-	regio Gorinchem e.o.
lij-	hulpverleningsvor-	ning als WGR-regio;	t.a.v. gebiedsindeling,
it	men organisatorisch	advies en overleg	adviesstructuur; toe-
te	ondergebracht zijn	voorlopig ad-hoc;	wijzing gehonoreerde
doel-	en beschrijving van	koppeling planning	formatieplaats; vooruit-
de re-	wijze om dit gefa-	en financiering;	lopend op decentralisa-
af-	seerd te bereiken	vooruitlopend op	tie instellen advies-
gebieden		decentralisatie	commissie; schets van
ring		opstellen van con-	planvormingsfasen
te plat-		touren planning en	
plaats		vestigingsbeleid;	
ten op		afstemming werkge-	
bau		bieden	
discussie		beleidsbepaling	beleidsbepaling
kop-	bereidheid betrok-	beleidsvrijheid bij	uitkomst van de vast
og en	kenen en uitkomsten	het voeren van ves-	te stellen BOM
be-	van een door struc-	tigingsbeleid; ont-	
stru-	tuurgroep te ver-	breken wettelijke	
ver-	richten haalbaar-	bevoegdheden; vrij-	
encie-	heidsstudie	willige medewerking	
wer-		betrokkenen	
is; sti-	WVG/WGM; stimu-	WVG/WGM; WGR;	Structuurnota; WVG/WGM;
ling;	leringsregeling;	plankostenvergoe-	WGR; plankostenvergoeding;
eken-	richtlijnen zie-	ding; Bouwstenen-	Bouwstenennotitie; ontwerp
	kenfondsraad	notitie; Nota	vestigingsbesluit
		Eerstelijnszorg	

in die zin dat het financieel meer kan opleveren waarvan vooral de kleiner gemeenten de vruchten plukken. De gemeenten die een eerste-lijnsnota hebben uitgebracht zijn unaniem in hun keuze namelijk in plaats van de elgz is er nu, conform de Nota Eerstelijnszorg van de rijksoverheid, sprake van elz.

ad 2.: Beschouwen we de reden voor het uitbrengen van een nota dan heeft dit in praktisch alle gevallen te maken met de invoering van de WVG, echter wel vanuit verschillende invalshoeken, zoals o.a. onduidelijkheid over de wijze van invoering, anticiperen door start of voorbereiding van planvorming of door standpuntbepaling ten aanzien van de BOM, behoefte aan intergemeentelijke afspraken. Voor Amsterdam en Almelo wordt naast een WVG-argument ook het belang van de versterking van de elz aangevoerd als motivatie. Uitzonderingen op deze uit wetgeving voortkomende nota's zijn Osdorp en Hulst-Hontenisse die respectievelijk uit een lokale behoefte en uit eerder geformuleerd lokaal beleid voortkomen. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat de wettelijke bevoegdheden/taken die op de gemeenten afkomen meer aanleiding zijn voor het opstellen van nota's dan zorginhoudelijke argumenten.

ad 3.+4.: De verschillen en overeenkomsten in de strekking van de nota zijn te koppelen aan de functie. Wat dit laatste betreft zijn de beleidsverkenkende nota's van het toneel verdwenen. De beleidsbepalende nota's zijn daarentegen uiterst sterk vertegenwoordigd. Richtten we ons allereerst op de strekking van de discussienota's. Zowel Rotterdam als Osdorp willen het functioneren van de elz verbeteren en doen daartoe voorstellen die ze niet (waarschijnlijk ook niet onder de WVG) dwingend kunnen opleggen aan het veld. Overeenstemming c.q. medewerking is dus een vereiste. Voor Almelo geldt iets dergelijks. Zij wil komen tot een orgaan met taken ten aanzien van uitvoering en beleid eveneens ter verbetering van de elz. Dit orgaan heeft een verdergaande functie dan de commissies die de WVG voorschrijft. Ook hier is dus de medewerking van het veld nodig. Op de inventarisatie nota van het Stadsgewest Breda na worden de overige nota's dus aangemerkt als beleidsbepalende nota's. In de vorige periode zagen we voor het eerst nota's die bestuurlijk van aard waren, met andere woorden uitsluitend ingingen op allerlei aspecten rond de invoering van de WVG zonder zorginhoudelijke thematiek aan de orde brengen. In deze periode zien we vergelijkbare nota's namelijk die van Gorinchem en Nieuwe Waterweg-Noord. Nota's met vrijwel uitsluitend een zorginhoudelijke beleidsvaststelling zijn die van Amsterdam, Hulst-Hontenisse, Rotterdam. Tussen deze uitersten liggen de nota's van het stadsgewest Breda, Capelle aan den IJssel, Haarlem

en Almelo die een combinatie van bestuurlijke en zorginhoudelijke beleidsbepaling presenteren. Resteert nog de nota van Noordoost-Friesland. Dit is een nota, die vergeleken met de andere nota's dicht in de buurt komt van een plan zoals in de bedoeling ligt van de WVG: met het oog op de samenhang in een stelsel van voorzieningen en gelet op landelijk gestelde normen aangeven waar veranderingen in de capaciteit gewenst zijn. Overigens zien we ten aanzien van planvorming ook bij anderen voorbereidingen (bijvoorbeeld inventarisatie bij Capelle aan den IJssel, Stadsgewest Breda) danwel gedachten of voorstellen (Rotterdam, Haarlem, Almelo, Nieuwe Waterweg-Noord). De nota's die inhoudelijk ingaan op facetten rond eerste lijn in termen van uitgangspunten, doelstellingen, voornemens en activiteiten zijn te verdelen in enkele die terug te voeren zijn op slechts één of enkele thema's (Capelle aan den IJssel, Amsterdam, Osdorp) en in een groter aantal die meer afzonderlijke thema's aan de orde stellen (Rotterdam, Stadsgewest Breda, Haarlem, Hulst-Hontenisse, Almelo). Over het algemeen wijken de standpunten van de gemeenten niet af van hetgeen in de Nota Eerstelijnszorg is gesteld. (Alleen Osdorp vormt hierop een uitzondering, zij bepleit immers een grondige herstructurering van haar elz). Sterker nog in een aantal gevallen is de invloed van deze rijksnota merkbaar. Naast de keuze voor elz (4 kern-disciplines) in plaats van elgz (3 kerndisciplines) zien we ook dat het zogenaamde zorgmodel wordt overgenomen (in de samenvattingen van Haarlem en Hulst-Hontenisse hebben we daar expliciet op gewezen) en dat de afstemming van werkgebieden, met name om de totstandkoming van samenwerking te bevorderen, in de belangstelling staat.

ad 5.: In deze periode is de invulling van de WVG een belangrijke voorwaarde bij het voeren van beleid. Voor de nota's die zich afspelen binnen intergemeentelijk verband gaat het dan om de BOM (vooral de gebiedsindeling). Voor de overige gaat het daarbij om de uiteindelijk te verkrijgen beleidsruimte zoals die in de planning en het vestigingsbeleid gegeven zal worden. De voorwaarden en beperkingen zijn verder nauwelijks te categoriseren. Wel willen we nog twee zaken aanstippen te aanzien van de aanzetten tot planvorming. De inventarisatienota van het Stadsgewest Breda noemt de beperking dat de gezondheidstoestand van de bevolking niet inzichtelijk te maken is, dit wordt van belang geacht bij het opstellen van een plan. Noordoost-Friesland stuitte bij het maken van haar plan, waarmee ze dus vooruitloopt op de bestuurlijke decentralisatie op dit punt, op tegenwerking van de ziekenfondsen. Zoals bekend maakt de informatievoorzieningen onderdeel uit van de BOM. Deze is echter op de achtergrond geraakt. Aangezien de gegevens verstrekking nog niet is gere-

geld behoeft de opstelling van de ziekenfondsen niet te bevreemden. Te meer daar de planning- en financiëringskwestie landelijk ook nog niet is opgelost.

Ten aanzien van het referentiekader merken we hier nog op dat dit nogmaals bevestigt dat het merendeel van de nota's zowel wetgevend/bestuurlijke als zorginhoudelijke aspecten in zich dragen. Zoals we gezien hebben vormen de eerste grofweg de motivatie voor het opstellen van de nota en komen zowel de eerste als de tweede in beleidsbepalende zin aan de orde.

8. Algemene conclusies

Met dit laatste hoofdstuk verlaten we de sfeer van individuele nota's binnen afzonderlijke perioden en proberen we opnieuw aan de hand van de vraagstellingen tot uitspraken te komen door hier de bevindingen per periode onderling met elkaar in verband te brengen. Enigszins plastisch uitgedrukt wordt dus gepoogd de ontwikkeling die "de gemeentelijke nota" in de tijd heeft doorlopen zichtbaar te maken. Hierbij kunnen we niet anders dan de nuances verlaten en komen we terecht in meer algemene uitspraken en trends.

Van de vraagstellingen is, zoals we ook in de inleiding reeds stelden, die naar het waarom van de nota de meest essentiële aangezien deze bepalend is voor het begrijpen van de antwoorden op de andere vragen met name die naar de strekking. Binnen de verschillende perioden hebben we het antwoord op deze vraag steeds zo dicht mogelijk laten aansluiten bij de bewoordingen van de nota zelf. Hier zullen we ons beperken tot een drietal categorieën (eveneens benoemd in de inleiding) namelijk een nota voortkomend uit een lokaal ervaren behoefte of knelpunt, een zorginhoudelijk motief oftewel een door (ontwikkelingen in) wetgeving bepaald motief. Met de kanttekening, dat in een klein aantal gevallen het categoriseren van gemeentelijke nota's over deze drie antwoordmogelijkheden problematisch was, geven we onderstaande Tabel 8.1.

Tabel 8.1.: De **aanleiding** voor het ontstaan van de nota per periode van rijksoverheidsbeleid (%).

aanleiding	periode				
	I	II	III	IV	totaal
lokaal	4 (57)	3 (23)	-	1 (8)	8 (21)
inhoudelijk	2 (29)	2 (15)	1 (20)	2 (15)	7 (18)
wetgeving	1 (14)	8 (62)	4 (80)	10 (77)	23 (61)
totaal	8 (100)	13 (100)	5 (100)	13 (100)	38 (100)

Uit dit schema kan geconcludeerd worden dat aan het totstandkomen van nota's vooral de ontwikkelingen in de wetgeving hebben bijgedra-

gen. Het is vooral het aannemen van de WVG door de Tweede Kamer geweest, een gebeurtenis die plaats vond in de tweede periode, die deze en volgende perioden scheidt van de eerste periode. Dat het invoeren van de WVG een traag verlopend proces zou worden (tot op heden is slechts het vestigingsbesluit huisartsen in werking getreden) konden de gemeenten toen nog niet vermoeden. De terugloop van nota's in de derde periode is te verklaren door het verschijnen van de Bouwstenennotitie die immers duidelijk maakte dat er nogal wat bestuurlijke voorbereiding aan de invoering van de WVG zou voorafgaan (BOM). De vierde periode is in de beginfase (tweede helft 1983) leeg. (Zie hiervoor Bijlage I). De aankondiging van de WGM en het intrekken van de KSW heeft gemeenten waarschijnlijk de animo voor het totstandbrengen van een nota en het vertrouwen in het ter beschikking krijgen van bevoegdheden voor een gemeentelijk beleid ontomen. Een soort gelijke aanwijzing is ook in eerder onderzoek naar voren gekomen (De Bakker en Wulms, 1986). Vanaf mei 1984 stijgt het aantal nota's weer behoorlijk. Oorzaken hiervoor zijn de totstandkoming van de BOM of het bepalen van standpunten daaromtrent (met name ten aanzien van de gebiedsindeling en taakverdeling) en de mogelijkheid om kosten te verhalen op de plankostenvergoeding die overigens ook zorgt voor het totstandkomen van intergemeentelijke nota's. Deze ontwikkelingen in de wetgeving zijn dus veel bepalender voor het totstandkomen van gemeentelijke nota's dan de ontwikkelingen ten aanzien van de visie op de el(g)z zoals, bijvoorbeeld ook in de vierde periode, het verschijnen van de Nota Eerstelijnszorg van de rijksoverheid. Ook het aantal nota's dat voorkomt uit een lokaal ervaren knelpunt of behoefte is nogal beperkt.

Komen we bij de vraag naar de werkingssfeer. Tabel 8.2. geeft de to-

Tabel 8.2.: De **werkingssfeer** van de nota per periode van rijksoverheidsbeleid.

werkingssfeer	periode				
	I	II	III	IV	totaal
elgz +	2	8	3	7	20
elgz	5	5	2	-	12
elz	-	-	-	6	6
totaal	7	13	5	13	38

talen per periode en per variabele. Ook hier hebben we het aantal variabelen teruggebracht tot drie. Onder "elgz +" vallen de gezondheidszorg nota's, de nota's die naast de elgz ook andere sectoren bevatten en de nota's met als werkingssfeer de extramurale gezondheidszorg en het specifiek welzijn.

Hieruit valt niet veel bijzonders af te leiden. Het aantal nota's met een brede werkingssfeer (elgz+) verschilt niet wezenlijk van die met een smalle werkingssfeer (elgz samen met elz). Wel kan in het algemeen gesteld worden dat de gemeenten meteen al na het verschijnen van de Structuurnota het echelonneringsprincipe hebben overgenomen want ook in de "elgz +" nota's wordt meestal in termen van echelons gesproken. Wel springen de elz nota's in het oog die uitsluitend in de vierde periode voorkomen. Dit is ook de periode waarin de Nota Eerstelijnszorg van de rijksoverheid verschijnt, die voor deze verbreding van de eerste lijn pleit. Wanneer we ons realiseren dat er overeenstemming bestaat over de te hanteren naam voor een sector en daar bovendien dezelfde invulling aan wordt gegeven (vaak zien we dat de doelstelling en kenmerken van de eerstelijns letterlijk zijn overgenomen uit de respectievelijke rijksnota's) dan kunnen we stellen dat gemeenten in dit opzicht het rijksoverheidsbeleid volgen.

Vanuit de veronderstelling dat de aanleiding voor het opstellen van een nota bepalend is voor onder andere de werkingssfeer geven we tabel 8.3.

Tabel 8.3.: De **aanleiding** voor het ontstaan van de nota in relatie tot de **werkingssfeer** van de nota (%).

aanleiding	werkingssfeer			
	elgz+	elgz	elz	totaal
lokaal	2	5	1	8
inhoudelijk	1	5	1	7
wetgeving	17 (74)	2 (9)	4 (17)	23 (100)
totaal	20	12	6	38

Hieruit valt direkt af te leiden dat nota's die voortkomen uit wetgeving vooral een breed werkingsveld hebben (en omgekeerd nota's met een brede werkingssfeer komen met name tot stand door ontwikkelingen in wetgeving). Goed beschouwd ligt dit voor de hand. De WVG en KSW

zijn raamwetten. Lange tijd is onzeker geweest welke voorzieningen onder de bevoegdheid van de lokale overheid zouden komen te vallen. In ieder geval zou de basisgezondheidszorg daartoe behoren en alles wees er op dat ook de elgz er toe gerekend zou gaan worden. Bovendien claimen de grote gemeenten ook voorzieningen in de tweede lijn (bijvoorbeeld aggz, verpleeghuizen) met als argument dat die een verzorgingsgebied hebben dat grotendeels binnen de stadsgrenzen blijft. Zagen we hiervoor al dat motieven afgeleid uit zich ontwikkelende wetgeving de totstandkoming van gemeentelijke nota's bepaald, nu kunnen we concluderen, dat hiermee ook bepaald wordt dat de werkingssfeer van de nota dan meer omvat dan alleen eerste lijn. Draaien we de redenatie om dan geldt de uitspraak: van de 15 nota's die niet voortkomen uit wetgevingsmotieven maar uit lokaal of inhoudelijke motieven zijn er 12 die een smalle werkingssfeer hebben.

Vervolgens staan we voor de opgave om de strekking van de nota in kaart te brengen. Tabel 8.4. geeft daarvan het resultaat. Op het analyse niveau waarop we nu zitten is het niet meer mogelijk de werkelijke inhoud weer te geven. Zoals blijkt hebben we een drietal antwoordcategorieën ontworpen die in een meer handzame vorm inhoudelijke typen representeren. Onder zorginhoudelijk verstaan we die nota's, die uitsluitend aandacht besteden aan een visie, uitgangspunten, doelstellingen, voornemens e.d. op het niveau van de zorg en hulpverlening binnen de el(g)z. In bestuurlijke nota's daarentegen wordt slechts aandacht besteed aan de positie, rol, functie e.d. die de gemeente heeft of voor zich ziet weggelegd in het kader van toekomstige wetgeving en de procedures daaromtrent. De derde categorie bevat de nota's die in meer of mindere mate aan beide invalshoeken aandacht besteden.

Tabel 8.4.: De **strekking** van de nota per periode van rijksoverheidsbeleid (%).

strekking	periode				
	I	II	III	IV	totaal
zorginhoudelijk	6 (86)	4 (31)	1 (20)	4 (31)	15 (39)
bestuurlijk	-	-	2 (40)	2 (15)	4 (11)
combinatie	1 (14)	9 (69)	2 (40)	7 (54)	19 (50)
totaal	7 (100)	13 (100)	5 (100)	13 (100)	38 (100)

Bestuurlijke nota's komen het minst voor en verschijnen pas vanaf de derde periode. Dit heeft te maken met de komst van de Bouwstenennotitie waarna een proces op gang is gekomen om een bestuurlijke infrastructuur (BOM) op te zetten. Wel wordt het bestuurlijk aspect al vanaf de tweede periode benadrukt in de nota's. Natuurlijk vertoont deze tabel overeenkomsten met tabel 8.1., immers de aanleiding voor de nota hangt samen met wat er uiteindelijk in komt te staan.

Wat de werkelijke inhoud van de nota's betreft verwijzen we hier slechts naar de resultaten van de bevindingen van de afzonderlijke perioden. De algemene indruk is dan dat qua thematiek het rijksbeleid gevolgd wordt. Samenwerking is dan het thema dat door alle periode heen aan de orde gesteld wordt. Het thema afstemming van werkgebieden speelde aanvankelijk nog niet zo'n grote rol. Echter met het verschijnen van de Nota Eerstelijnszorg heeft het ook de belangstelling van de lokale overheid gekregen. Hetzelfde geldt voor zaken als zelf-/mantelzorg en vrijwilligerswerk. In de sfeer van uitgangspunten en gewenste ontwikkelingen worden meestal de op dat moment voorhanden zijnde rijksnota's geheel of gedeeltelijk geciteerd. Echter van concrete activiteiten wordt niet veel melding gemaakt. Wel staan gemeenten hier positief tegenover en voelen ze zich ook verantwoordelijk voor een goede gezondheidszorg voor haar burgers, maar het ontbreekt hen aan de in het vooruitzicht gestelde instrumenten. Concludeerden we al ten aanzien van de werkingssfeer dat gemeenten zich volgend opstellen, hetzelfde geldt in grote lijnen voor de richting waarin de eerste lijn zich zou moeten ontwikkelen.

Tabel 8.5. geeft een overzicht van de functie die de nota heeft. Indirect zegt dit iets over het beleidsproces waarin een gemeente zich bevindt. Beleidsbepaling geeft in onze optiek aan dat er bepaalde keuzes gemaakt zijn vooral in de sfeer van voornemens, doelstellingen en acties. Tot beleidsverkenning behoren de nota's die in dit opzicht nog geen keuze's maken maar slechts uitgangspunten en voorwaarden noemen waarbinnen keuzes gemaakt zouden moeten worden. Het onderscheid tussen beide is niet bijzonder scherp wat het classificeren heeft bemoeilijkt. Eenvoudiger ligt dit bij de twee andere type nota's. Een inventarisatie nota is eveneens verkennend van aard maar richt zich op de gezondheidszorg/el(g)z voorzieningen zelf en mogelijk ook op de bevolking. Een discussienota is van een iets andere orde. Deze impliceert dat de gemeente een beleid wil voeren maar dat alleen kan indien het veld daarmee instemt.

In de vierde periode valt het aantal beleidsbepalende nota's op.

Tabel 8.5.: De **functie** van de nota per periode van rijksoverheidsbeleid (%).

functie	periode				
	I	II	III	IV	totaal
beleidsbepaling	2 (29)	5 (39)	-	9 (69)	16 (42)
beleidsverkenning	-	6 (46)	2 (40)	-	8 (21)
inventarisatie	1 (14)	-	1 (20)	1 (8)	3 (8)
discussie	4 (57)	2 (15)	2 (40)	3 (23)	11 (29)
totaal	7 (100)	13 (100)	5 (100)	13 (100)	38 (100)

Blijkbaar verkeren de gemeenten in toenemende mate in de situatie dat men klaar staat voor het voeren van een beleid.

Bekijken we tot slot nog de voorwaarden en beperkingen die de nota's stellen dan wel ondervinden bij het realiseren van beleid. De gemeenten voelen zich over het algemeen niet in staat om beleid te voeren. Inhoudelijk weten ze zich weliswaar ondersteund door de rijksoverheid maar bestuurlijk ontbreekt het hen aan middelen. Het voeren van beleid kan alleen wanneer de wetgever daartoe de instrumenten biedt. Zonder WVG zijn gemeenten niet in staat een beleid te voeren. De gemeenten die daar niet op willen wachten zien zich afhankelijk gesteld van het veld, waardoor het beleid beperkt zal zijn.

Uit het voorgaande distilleren we hier de voor ons **meest wezenlijke conclusie:**

Gemeenten worden vooral met in het vooruitzicht gestelde wettelijke bevoegdheden en instrumenten gemotiveerd een nota op te stellen, die inhoudelijk grotendeels aansluit op visie, gewenste ontwikkelingen en van belanggeachte thema's zoals die door de rijksoverheid verkondigd worden. De instrumenten dienen voort te komen uit de WVG aangezien het aan andere instrumenten ontbreekt.

Beseffen we tegelijkertijd hoe momenteel de stand van zaken is rond de WVG, namelijk een bezinning op de sectorale invoering, dan moet er bij alle gemeenten die zich de laatste jaren in voorbereidende zin met de WVG en el(q)z hebben bezig gehouden sprake zijn van, op zijn zachtst gezegd, enige teleurstelling. Te meer ook daar het vestigingsbesluit, (het enige instrument waarover de gemeente dus voor-

lopig zal beschikken) weinig beleidsruimte overlaat.

Nemen we tot slot enige afstand van de met bovenstaande conclusie beëindigde studie, dan is dit het moment om een enkele kanttekening te maken.

Het moet ons van het hart dat het doorspitten van ruim 40 gemeentelijke nota's niet altijd een even aangename en inspirerende tijdsbesteding is geweest. Ondanks de grote diversiteit in o.a. opbouw, taalgebruik, aanpak, lokale achtergronden blijven we zitten met het feit dat er inhoudelijk eigenlijk veel van hetzelfde is. De beleidsnota's van de rijksoverheid blijken een belangrijke inspiratiebron te zijn bij de keuze van wat een gemeente in haar nota aan de orde stelt. De nota's die daarentegen getuigen van een eigen creativiteit zijn op één hand te tellen. Wanneer we beseffen dat gemeentelijk beleid tot op heden door het uitblijven van bevoegdheden, taken en instrumenten zich voornamelijk heeft afgespeeld in de sfeer van beleidsuitgangspunten, -doelstellingen en -voornemens en deze dus in de lijn liggen van wat de centrale overheid propageert dan zou deze laatste met een redelijk gerust hart verder kunnen gaan met de decentralisatie. De toekomst zal dan moeten uitwijzen of er inderdaad een consensus is over hoe verder met de eerste lijn. Het blijft vooralsnog een open vraag wat er nu van alle mooie woorden en vrome wensen van de gemeenten terecht zal komen (of reeds is gekomen). Immers een beleidsnota is, zoals duidelijk moge zijn, op zichzelf nog geen garantie voor een daadkrachtig beleid.

LITERATUUR

BAKKER, D.H. DE, M.J.P. WULMS. Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg. Interimrapport: Een verkenning van mogelijkheden en activiteiten. Utrecht: NIVEL, 1986.

Besluit proefgemeenten. Besluit van 6 juli 1982, houdende regelen aangaande het verstrekken van uitkeringen aan proefgemeenten in het kader van het bestuurlijk experiment Kaderwet Specifiek Welzijn, Nota van toelichting en bijlagen. Staatsblad; 1982, nr. 497.

Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen. s'Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.

DOPHEIDE, J.P. Overheidsbeleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Sluijs, E.M., J.P. Dopheide, J. van der Zee (red). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns: stand van zaken van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. Utrecht: NIVEL, 1985.

Invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17720, nrs. 1-2 (Bouwstenen notitie), 1982; vergaderjaar 1983-1984, 17720, nr. 3, 1983; vergaderjaar 1983-1984, 17720, nr. 5, 1984.

JOLING, W. Overheidsbeleid en onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg 1965-1985. In: Boerma, W.G.W., L. Hingstman (red). De eerstelijns onderzocht: artikelen over onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.

KSW, Wet van 8 september 1982, houdende regelen ten aanzien van de beleidsvoorbereiding, uitvoering en bekostiging van voorzieningen op terreinen van specifiek welzijn (Kaderwet Specifiek Welzijn). Staatsblad; 1982, nr. 539.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsdrukkerij, 1980.

- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE; Structuurnota Gezondheidszorg. s'-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Voorlopige Stimuleringsregeling voor samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Circulaire nr. 89714, 1979.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Eerstelijnszorg. s'-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
- Ontwerp-besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen. Nederlandse Staatscourant; 1983, nr. 135, p. 4-6.
- Ontwikkelingen Kaderwet specifiek welzijn, een korte schets. Amsterdam: Uitgeverij Kobra cv, 1981. Uitgegeven onder auspiciën van het Centraal Instituut Vorming en Opleiding Bestuursdienst (CIVOB), 's-Gravenhage.
- Regeerakkoord, tweede kabinet-Lubbers. s'-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- Richtlijnen gebiedsindeling Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Nederlandse Staatscourant; 1985, nr. 2, p. 4 + 14.
- SCHRIJVERS, G., J.M. BOOT. Beleidvol bezuinigen op zorg: de tweede versie van de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening. Medisch Contact; 40, 1985, nr. 25, p. 745-447.
- Wetgeving Welzijn, volksgezondheid en cultuur. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18111, nr.1, 1983.
- Wijziging van de Wet voorzieningen gezondheidszorg (Wet voorzieningen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening). Tweede Kamer, vergaderjaar 1985 - 1986, 19387, nrs. 1-2, 1986.
- WVG, Wet van 8 september 1982, houdende regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg). Staatsblad; 1982, nr. 563.
- ZIEKENFONDSRAAD. Voorlopige richtlijnen inzake financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Uitgaven van de Ziekenfondsraad, nr. 96, 1978.

BIJLAGE 1

Overzicht van gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden die een nota hebben uitgebracht, naar verschijningsdatum en de bron van herkomst (NIVEL=N, VNG=V, Provinciale Raad voor de Volksgezondheid=P), verdeeld over de vier perioden van het rijksoverheidsbeleid.

gemeente/intergemeentelijk samenwerkingsverband	verschijningsdatum	bron		
		N	V	P
periode I: 1974-1979				
Utrecht	oktober 1976	x		
Poortugaal	januari 1978	x		
Leeuwarden ¹	februari 1979		x	
Hilversum	november 1979		x	
Lelystad	november 1979		x	
Rotterdam	maart 1980	x		
Vlissingen	juni 1980			x
periode II: 1980-eerste helft 1982				
's-Gravenhage	februari 1981		x	
Lelystad	april 1981	x		
Oss	juni 1981		x	
Leeuwarden ¹	juli 1981		x	
Huizen	november 1981	x		
6 Bevelandse gemeenten ²	eind 1981			x
Enschede	januari 1982		x	
Leeuwarden ¹	februari 1982		x	
Barneveld	maart 1982			x
Venray	mei 1982			x
Breda	mei 1982		x	
Zeist ³	juli 1982		x	
Groningen	augustus 1982			x
Apeldoorn	december 1982	x		

- vervolg volgende pagina -

periode III: tweede helft 1982-eerste helft 1983

Horst	februari	1983	x	
Rotterdam	februari	1983	x	
Helmond ⁴	maart	1983	x	
Venray	mei	1983		x
Groningen	mei	1983		x

periode IV: tweede helft 1983-heden

Rotterdam	mei	1984	x	
Stadsgewest Breda	juni	1984		x
Capelle a/d IJssel	november	1984	x	
Amsterdam	januari	1985	x	
Osdorp (deelgemeente Amsterdam)	februari	1985	x	
Nieuwe Waterweg Noord	februari	1985	x	
Gorinchem	augustus	1985		x
Haarlem ⁵	november	1985	x	
Hulst-Hontenisse	december	1985		x
Almelo	december	1985	x	
Stadsgewest Breda	januari	1986		x
Rotterdam	februari	1986	x	
Noordoost Friesland	maart	1986		x

- ¹ Het betreft hier in feite één nota, die echter bestaat uit verschillende deelrapporten, verschenen op verschillende data.
- ² Goes, Kortgene, Reimerswaal, Borsele, Wissenkerke en Kapelle hebben op ongeveer hetzelfde moment (november-december 1981) ieder afzonderlijk een nota uitgebracht. Aangezien het hier een proefgebied KSW betreft zijn de zes welzijnsplannen qua opzet en inhoud sterk met elkaar te vergelijken. In de analyse zullen ze in één keer aan bod komen.
- ³ Het betreft hier één nota bestaande uit afzonderlijke publikaties, die grotendeels in juli 1982 door de gemeenteraad zijn vastgesteld.
- ⁴ Het betreft hier één nota waarvan de bijlagen apart gepubliceerd zijn. Deze nota is niet door de gemeenteraad vastgesteld.
- ⁵ Het betreft hier één nota waarvan de kernpunten nog eens apart gepubliceerd zijn.

BIJLAGE 2

Aantal verschillende gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden met één of meer nota's per provincie en het totaal aantal nota's per provincie

	gemeenten/intergemeentelijke samenwerkingsverbanden	nota's
Groningen	1	2
Friesland	2	2
Drenthe	0	0
Overijssel	2	2
Flevoland	1	2
Noord-Holland	5	5
Zuid-Holland	6	9
Utrecht	2	2
Gelderland	2	2
Zeeland	8	8
Noord-Brabant	4	5
Limburg	2	3
totaal	35	42

BIJLAGE 3

Absoluut en relatief aantal gemeenten met één of meer nota's naar categorie van inwoner aantal (uitgezonderd zijn die gemeenten die deel uitmaken van een intergemeentelijk samenwerkingsverband en in dat kader een nota hebben opgesteld).

aantal inwoners	totaal aantal gemeenten	absoluut aantal gemeenten met nota('s)	relatief aantal gemeenten met nota('s) in %
< 10.000	377	3	0.8
10. - 20.000	190	3	1.6
20. - 50.000	123	7*	5.7*
50. - 100.000	34	8	23.5
> 100.000	17	9	52.9
totaal	741	30	4.1

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS),
Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1985,
's-Gravenhage, Staatsuitgeverij/CBS-publicaties, 1985.

* Inclusief de per 1-1-1985 opgeheven gemeente Poortugaal; de bevolkingsomvang op 31-12-1984 bedroeg 22.166 inwoners.