

**Samenwerken  
aan openbare  
gezondheidszorg**

# **Samenwerken aan openbare gezondheidszorg**

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg  
aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, april 1999

**Inhoudsopgave**

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1	Adviesvraag en advieskader	9
1.2	Beleidskader	9
1.3	Plaats van het RVZ-advies in het beleidsproces	10
1.4	Beleidsvragen	11
1.5	Definities	12
1.6	Domeinafbakening	13
1.7	Werkwijze	15
1.8	Leeswijzer	15
<b>2</b>	<b>De ontwikkeling van de openbare gezondheidszorg</b>	<b>16</b>
2.1	Inleiding	16
2.2	Problemen in het functioneren van de openbare gezondheidszorg	17
2.3	Visie van de Raad	20
2.4	Benutten en herstellen van private ogz-mogelijkheden	21
2.5	Situatie per sector of beroepsgroep	23
2.6	Vier terreinen waarop bevordering van samenwerking in het bijzonder van belang is	25
<b>3</b>	<b>Samenwerken aan openbare gezondheidszorg: een beleidsstrategische visie</b>	<b>28</b>
3.1	Verbinding verbroken	28
3.2	Bruggen tussen ogz en curatieve gezondheidszorg	29
3.3	Beleidsdoelen en -strategieën	31
3.4	Functionele samenwerking tussen ogz en de curatieve gezondheidszorg	34
3.5	Voorwaarden voor de betere inschakeling van de curatieve zorg en voor netwerkvorming in de ogz	36
<b>4</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>41</b>
4.1	Aanbevelingen met betrekking tot het ogz-beleid	41
4.2	Aanbevelingen met betrekking tot de rol van zorgaanbieders en verzekeraars	42
4.3	Aanbevelingen met betrekking tot de stimulering van samenwerking en netwerkvorming	44

## Bijlagen

1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1998	49
---	--	----

2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	53
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	55
4	Definitie openbare gezondheidszorg	57
5	Gesignaleerde problemen bij de uitvoering van ogz	61
6	Ogz door de curatieve zorg	75
7	25 jaar ogz-beleid	81
8	Motieven voor publiek-private samenwerking in de ogz	91
9	Lijst van afkortingen	99
10	Literatuur	101
11	Overzicht publicaties RVZ	109

## Samenvatting

Aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is gevraagd advies uit te brengen over het nut van meer samenwerking tussen de op de bevolking gerichte openbare gezondheidszorg (ogz) en de op individuele zorgvragers gerichte curatieve zorg. De Raad constateert dat het niet slecht gaat met de ogz in Nederland, zeker niet bij internationale vergelijking. Niettemin is er ook kritiek op de ogz. Deze lijkt zich niet zo zeer te richten op de ogz zelf, maar meer op de bestuurlijk-politieke inkadering daarvan, met name die via de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV).

Er is in de ogz al veel bereikt en dat moet behouden blijven door de paraatheid en de permanente onderhoudsdosering van de ogz in stand te houden. Daarbij moet ook de professionele standaard en kwaliteit worden gehandhaafd, die in de loop van tientallen jaren is opgebouwd. Weliswaar is er theoretisch nog veel gezondheidswinst te behalen, maar het achterblijven van de praktijk daarbij komt niet alleen door onvoldoende goed effectonderzoek, bereik en implementatie, maar ook door de niet uitsluitend op gezondheidswinst gerichte prioriteitsstelling op micro-, meso- en macroniveau. Het praktisch realiseerbare zal daardoor vaak achter blijven bij het theoretisch haalbare.

Er ligt weinig vast in de verhouding overheid - particulier initiatief bij de uitvoering van de ogz. De openbare gezondheidszorg is een voor de effectiviteit en de doelmatigheid van het totale zorgstelsel vitale 'functie', zowel in het verleden, als in de toekomst. De Raad stelt zich op het standpunt dat preventie (primaire en secundaire) en zorg (care en cure) idealiter behoren tot een en hetzelfde systeem van redeneren, streven en doen. Alleen zo kunnen de effectiviteit en de doelmatigheid optimaal bevorderd worden.

De Raad kiest er voor om de gegroeide en in de WCPV vastgelegde bestuurlijke verhoudingen te continueren, omdat zo een goed evenwicht tot stand kan komen tussen professionele en wetenschappelijke programmering en protocollering van de ogz enerzijds en de lokale en regionale inbedding, betrokkenheid en flexibiliteit ervan anderzijds.

Gemeenten formuleren een breed gezondheidsbeleid. Gemeenten zijn gehouden tot het (doen) uitvoeren van een aantal taken, zoals geformuleerd in het project basistaken collectieve preventie volksgezondheid en waar nodig in de WCPV verankerd. De

landelijke overheid moet bevorderen dat er meer erkenning komt voor het professionele en technisch steeds hoogwaardiger karakter van de ogz. De landelijke overheid ziet er op toe, dat waar dit nog niet is gebeurd, standaardisering en protocollering van essentiële ogz-activiteiten plaatsvindt.

Op vier terreinen beveelt de Raad aan de curatieve gezondheidszorg meer of beter bij de ogz in te schakelen:

1. Epidemiologie en strategische informatievoorziening.
2. Follow-up van screening.
3. Multi-interventiestrategie bij gezondheidsbevordering.
4. Signalering bij en zorg voor specifieke groepen.

De Raad beveelt aan, naast de al bestaande prioriteiten, de ziekenhuiszorg aan te merken als prioritair ogz-terrein, aangezien daar nog de meeste mogelijkheden lijken te bestaan.

Hoewel de gemeente, als uitvoerder van de WCPV, verantwoordelijk blijft voor de regie met betrekking tot de uitvoering van de ogz, zouden de incentives tot samenwerking niet alleen in de WCPV-sfeer, maar ook in de sociale ziektekostenverzekering gezocht moeten worden. Daarom beveelt de Raad aan de samenwerking in de ogz te financieren uit beide geldstromen. De Wet tarieven gezondheidszorg moet worden onderzocht op zijn mogelijkheden om via incentives het voor de betrokkenen aantrekkelijk maken om aan de openbare gezondheidszorg bij te dragen.

Sommige van de gesignaleerde problemen binnen de ogz zijn gebaat bij samenwerking via netwerkvorming tussen openbare gezondheidszorg en curatieve zorg. Netwerkvorming rond de ogz beperkt zich uitdrukkelijk niet tot de gezondheidszorg, maar kan ook een belangrijke rol spelen in het facetbeleid en intersectoraal beleid. De samenwerking moet concreet en probleemgericht zijn. De gemeente heeft de regierol en treedt op als netwerkmanager. De samenwerking wordt aangestuurd vanuit een landelijk ogz-beleid van minister, gemeenten en verzekeraars/zorgaanbieders. Dit beleid bevat de volgende elementen: De vier prioritaire samenwerkingsterreinen worden vertaald in zorgprogramma's. De in de zorgsector gangbare vormen van toezicht op kwaliteit en op doelmatigheid worden ingezet in de ogz en dus ook op de programma's. De minister stelt een landelijk ogz-fonds in, dat gevoed wordt met bestaande premie- en begrotingsmiddelen. Op jaarbasis komt dat neer op ongeveer 25 miljoen gulden.

Er zal een meerjarenactieplan opgezet moeten worden, wat voor een deel ingevuld kan worden met het reeds lopende actieplan en dat door het Platform ogz verder tot ontwikkeling kan worden gebracht.





# 1 Inleiding

## 1.1 Adviesvraag en advieskader

In het Adviesprogramma 1998 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is het onderwerp *Redesign van functionele zorgnetwerken voor preventie, behandeling en verzorging* opgenomen. De Raad heeft dit onderwerp onder meer opgevat als de vraag naar het nut van meer samenwerking tussen de op de bevolking gerichte 'openbare gezondheidszorg' en de op individuele zorgvragers gerichte 'curatieve zorg'. Daarbij wordt het vraagstuk van de samenhang van de openbare gezondheidszorg (ogz) met belendende zorgvelden aan de orde gesteld, onder andere toegespitst op aansturing, schaalgrootte en financiering. Dit sluit aan bij het bepaalde in art. 2 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid, waarin wordt geregeld, dat de gemeenteraad de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang in de collectieve preventie bevordert, alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

## 1.2 Beleidskader

De adviesaanvraag komt voort uit de werkzaamheden van de commissie-Lemstra, in het verlengde van de evaluatie van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het functioneren van gemeenten en GGD's bij de uitvoering van de openbare gezondheidszorg. Het ministerie van VWS heeft inmiddels aan verschillende voorstellen van de commissie-Lemstra uitvoering gegeven binnen het 'Actieprogramma versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid' (TK 96/97 22 894 nr. 13).

Dit actieprogramma omvat onder andere de volgende punten:

- het in samenwerking met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten stimuleren van gemeenten om lokaal gezondheidsbeleid vorm te geven;
- de oprichting van een Platform ogz;
- het laten formuleren van basistaken voor de collectieve preventie;
- het ontwerpen van een structuur om op landelijk niveau gegevens over de GGD's en het gemeentelijk gezondheidsbeleid bijeen te brengen;
- onderzoek naar de ondersteuningsstructuur en de bestuursvormen van GGD's;

- de explicitering van Rijksverantwoordelijkheden.

De formulering van de basistaken, het rapport over de gegevensstructuur en het onderzoek naar de ondersteuningsstructuur zijn inmiddels afgerond. Het Platform ogz is met zijn werkzaamheden begonnen met een vierledige taakopdracht: Visie-ontwikkeling, strategie-ontwikkeling, beleidsversterking en de bevordering van samenhang in zorg, beleid en overheidsbemoeyenis.

Op sommige plaatsen wordt door gemeenten reeds aan lokaal gezondheidsbeleid gewerkt. Tevens zijn er - initiatieven tot de vorming van - lokale zorgnetwerken rond preventie ontstaan.

Daarnaast worden momenteel in internationaal verband, onder meer binnen de WHO (Health for All in the 21st Century) en de EU (Future public health agenda for Europe), maar ook in Nederland initiatieven genomen om aan de term openbare gezondheidszorg of 'public health' een nieuwe inhoud gegeven. Daarbij gaat het vooral om het ontwikkelen van een nieuwe public health-visie op alle gezondheidsbemoeyenis, uitgaande van een meer integrale benadering van gezondheid en gezondheidszorg, populatiegericht en epidemiologisch onderbouwd, en met meer nadruk op het gemeenschapskarakter van gezondheidszorgactiviteiten.

### **1.3 Plaats van het RVZ-advies in het beleidsproces**

De Raad constateert dat zijn advisering plaatsvindt binnen een breder scala van beleidsactiviteiten. Dit is zowel een voordeel als een nadeel. Enerzijds worden verschillende belangrijke elementen van de beleidsvorming op het terrein van de ogz al op andere plaatsen ontwikkeld, zodat daar in dit advies niet uitgebreid aandacht aan hoeft te worden besteed. Anderzijds wordt daardoor veel van de noodzakelijke beleidsruimte al bij voorbaat ingeperkt, zodat er weinig ruimte voor vernieuwing is en een aantal ontwikkelingen al bij voorbaat als fait accompli geaccepteerd moeten worden. Tevens constateert de Raad, dat er een duidelijke overlap is met de opdracht die aan het Platform ogz is verstrekt. Gezien zijn positie en algemene taakopdracht zal de Raad zoveel mogelijk met deze beleidsontwikkelingen rekening houden, maar ook zijn eigen visie op de meest wenselijke ontwikkeling van de ogz in dit advies weergeven.

Daarbij zal ook ingegaan worden op de vraag hoe de gezondheidszorg in zijn geheel meer public health-minded gemaakt kan worden, maar de meer algemene vraagstelling naar een nieuw ge-

zondheidsbeleid in Europees en internationaal verband, zal in een apart advies, dat in het werkprogramma 1999 van de Raad is opgenomen, aan de orde worden gesteld. Dat geldt ook voor een aantal andere aspecten van de openbare gezondheidszorg, zoals het facetbeleid en de verslavingszorg, waaraan in afzonderlijke adviezen in 1999 aandacht zal worden besteed.

#### 1.4 Beleidsvragen

De centrale beleidsvraag van dit advies is door de Raad als volgt opgevat: Centrale beleidsvraag

*Op welke terreinen en op welke wijze kan de openbare gezondheidszorg beter gaan functioneren door het benutten van de mogelijkheden van de curatieve gezondheidszorg?*

Hiertoe zullen de volgende deelvragen beantwoord moeten worden.

1. Hoe kan een integratie van openbare gezondheidszorg en curatieve gezondheidszorg, welke ook in internationaal verband wordt nagestreefd in het kader van een 'new public health', in het nederlandse beleid worden gencorporeerd en welke strategische consequenties voor het overheidsbeleid vloeien daaruit voort?
2. Welke positieve rol kan de vorming van functionele lokale zorgnetwerken daarbij spelen en aan welke vereisten qua organisatie en financiering zouden deze lokale zorgnetwerken moeten voldoen, willen zij de uitvoering van de openbare gezondheidszorg bevorderen?
3. Aan welke randvoorwaarden dient te zijn voldaan, willen deze netwerken effectief, doelmatig en patiëntgericht zijn?
4. Wat is de verantwoordelijkheid van de landelijke en gemeentelijke overheid én van het veld van gezondheidszorg op het terrein van de openbare gezondheidszorg, inclusief de collectieve preventie, en welke consequenties heeft dit voor de taakverdeling op dit terrein?
5. Hoe kan de rijksoverheid in samenwerking met lokale overheden bevorderen dat de openbare gezondheidszorg enerzijds, en de curatieve gezondheidszorg anderzijds beter op elkaar afgestemd worden, en welke coördinerende rol dient de gemeentelijke overheid in dit opzicht te spelen?
6. Welke andere maatregelen zouden daarnaast het functioneren van de openbare gezondheidszorg kunnen bevorderen, waar het gaat om de bijdrage van de curatieve gezondheidszorg?

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

## 1.5 Definities

### *Ogz en public health*

Voor het begrip openbare gezondheidszorg (ogz) is in de Nederlandse situatie geen sluitende, algemeen aanvaarde definitie voorhanden. Daarom volstaat de Raad met het noemen van de volgende kenmerken van ogz. Zij is:

- *Populatiegericht*

De ogz richt zich, anders dan de reguliere individuele zorg, op de hele bevolking of omschreven groepen daaruit. Het gaat om zorg, die niet op geleide van een individuele gexpliciteerde vraag wordt verleend. Kenmerken ogz

- *Permanent*

De ogz heeft een continu of intermitterend karakter. Dit houdt in dat veel van deze zorg in een permanente onderhoudsdosering wordt verleend, zoals bij jeugdgezondheidszorg, bevolkingsonderzoek en gezondheidsbevordering.

- *Programmatisch*

De ogz is programmatisch van opzet. Zij wordt planmatig en doelgericht verleend. Evaluatie en kosteneffectiviteitsanalyse (KEA) zijn standaard onderdeel van de programma's.

- *Professioneel*

De ogz is een gespecialiseerde professionele activiteit, gericht op meer of minder complexe gezondheidsproblemen en gebruik makend van geavanceerde technieken en methodieken. Dit stelt specifieke eisen aan het opzetten en uitvoeren van ogz.

Men kan een brede of een smalle invulling aan de term openbare gezondheidszorg geven. In een smalle definitie is ogz alleen overheidsgezondheidszorg. Volgens de brede opvatting is de term ogz het Nederlandse equivalent van *public health*. In dit advies wordt de brede definitie voor ogz gehanteerd.

Brede definitie ogz: ogz is public health

### *Collectieve preventie*

Onder collectieve preventie wordt verstaan:

*Interventies om de gezondheid van de bevolking of specifieke groepen daaruit te beschermen en te bevorderen en om ziektes op (sub)populativeniveau te voorkómen.*

Collectieve preventie is per definitie onderdeel van de ogz.

Collectieve preventie is onderdeel ogz

### *Netwerken en ketenvorming*

In dit advies wordt aandacht besteed aan netwerkvorming rond de

Netwerkvorming

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

ogz.

*Netwerken zijn min of meer stabiele patronen van sociale relaties tussen wederzijds afhankelijke publieke, private en professionele actoren, die zich formeren rondom problemen en/of programma's.*

Naast zorgnetwerken kunnen beleidsnetwerken onderscheiden worden. Deze zullen rond bepaalde problemen of programma's nauw met elkaar samenhangen, maar kunnen ook afzonderlijk bestaan.

De lokale zorgnetwerken rond de ogz waarover in dit advies gesproken worden kunnen gedefinieerd worden als min of meer geformaliseerde publiek-private samenwerkingsverbanden, die in ieder geval volksgezondheid als (neven-)doelstelling hebben en de gemeente en/of de GGD als één van de participanten. Zorgnetwerken worden ook wel omschreven in termen van ketenvorming.

Naast lokale netwerken zijn rond de ogz ook regionale, provinciale en landelijke netwerken te onderscheiden. Verder kunnen netwerken zich ook uitbreiden over de grenzen van een omschreven sector heen, in dit geval over de grenzen van de (openbare) gezondheidszorg. Deze intersectorale netwerken zijn juist bij de ogz van groot belang.

Een uitgebreide beschouwing over de definitie van ogz is terug te vinden in bijlage 4.

## **1.6 Domeinafbakening**

Een groot aantal gezondheidszorgactiviteiten maakt deel uit van de openbare gezondheidszorg in de brede zin, zoals in dit advies bedoeld. Deze activiteiten voldoen aan tenminste één van de volgende criteria:

- a. Het gaat om georganiseerde collectieve preventie.
- b. Er is sprake van een al dan niet expliciteerde overheidsverantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg, die niet via het stelsel van ziektekostenverzekering en aanbodregulering wordt uitgeoefend.
- c. Het gaat om initiatieven of interventies op het grensvlak van te onderscheiden beleidssectoren.

Op grond van bovenstaande kenmerken en criteria kunnen de vol- Sectoren binnen het domein van dit

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

gende gebieden en sectoren tot het domein van dit advies gerekend worden: advies

- a. Collectieve preventie
  - infectieziektenbestrijding
  - jeugdgezondheidszorg
  - gezondheidsbevordering
  - bevolkingsonderzoek.
- b. Zorg voor specifieke groepen, in combinatie met een vangnetfunctie:
  - verslaafden
  - dak- en thuislozen
  - asielzoekers en illegalen.
- c. Verdeling van voorzieningen en aanspraken:
  - sociaal-medische advisering
  - voorzieningen gehandicapten
  - integrale indicatiestelling.

Gezondheidsbescherming is ook een ogz-taak, maar kent meestal geen bemoeienis vanuit de curatieve gezondheidszorg en valt daarom buiten het domein van dit advies. Volgens de wens van het ministerie worden ook de tot de ogz te rekenen terreinen van de forensische geneeskunde, het ambulancevervoer en de spoedeisende hulpverlening in dit advies buiten beschouwing gelaten, omdat deze in aparte beleidstrajecten aan de orde komen. Gezondheidsbescherming niet

Apart aandacht verdient de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (oggz). Deze beslaat verschillende van de genoemde onderdelen, met name het terrein van de zorg voor specifieke groepen, maar ook activiteiten op andere gebieden, zoals de ggz-preventie en de crisisinterventie. Aangezien ook de oggz in een ander beleidstraject wordt uitgewerkt (Brief OGGZ 24 juni 1997, TK 25 424, nr. 2), wordt dat niet in dit advies gedaan. Oggz in ander advies

Ook de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg beslaan verschillende onderdelen van deze opsomming, met name onder c. Daarnaast wordt tegenwoordig ook vaak de algemene regie en coördinatiefunctie op deze terreinen tot het domein van de ogz gerekend. In dit advies zal het accent op de collectieve preventie liggen.

### **1.7 Werkwijze**

Voor de advisering is een klankbordgroep ingesteld onder voorzitterschap van prof. dr. P.A.H. van Lieshout en vicevoorzitterschap van mevrouw prof. dr. B. Meyboom-de Jong, die tweemaal heeft vergaderd (zie bijlage 3).

Aan het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn is opdracht gegeven tot het verrichten van een studie naar *Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg*, die als achtergrondstudie bij dit advies verschijnt.

### **1.8 Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 bevat de zorginhoudelijke visie van de Raad op de toekomstige ontwikkeling van de ogz en verkent de terreinen waarop de curatieve zorg kan bijdragen aan de ogz. Hoofdstuk 3 geeft een meer beleidsmatige en strategische visie van de Raad op de wijze waarop de samenwerking tussen de ogz en de curatieve gezondheidszorg gestalte kan krijgen en geeft antwoord op de 6 deelvragen. In hoofdstuk 4 zijn de aanbevelingen opgenomen. Een aantal belangrijke achtergrondanalyses zijn terug te vinden in de bijlagen 4 t/m 8. Bijlage 4 gaat nader in op de definitie van ogz. Bijlage 5 inventariseert recente uitvoeringsproblemen in de ogz. Bijlage 6 geeft een overzicht van de stand van zaken van ogz door de curatieve gezondheidszorg. Bijlage 7 geeft een terugblik op 25 jaar overheidsbeleid ten aanzien van de ogz. Bijlage 8 geeft de motieven voor publiek-private samenwerking op het terrein van de ogz.

## 2 De ontwikkeling van de openbare gezondheidszorg

### 2.1 Inleiding

De Raad constateert dat het niet slecht gaat met de ogz in Nederland, zeker niet bij internationale vergelijking. Weliswaar zijn er nog steeds de nodige wensen tot verbetering, maar deze bestaan vaak al langere tijd, dus ook al vóór de invoering van de WCPV, zoals de aansluiting van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) op 4-jarige leeftijd, de vergroting van de effectiviteit van de gezondheidsbevordering, de intensivering van de oggz, en de versterking van het facetbeleid. Ook ontstaan er nieuwe ogz-problemen, voortkomend uit recente maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de groei van het aantal dak- en thuislozen, het grotere beroep op gezondheidszorg door onverzekerden (dak- en thuislozen, illegalen), de toename van tuberculose, de problemen rond de crisisinterventie in de GGZ, en de toename van jeugdontsporing en -criminaliteit.

Ogz staat er niet slecht voor

Wel veel wensen tot verbetering

Niettemin is er ook kritiek op de ogz. Bij nadere analyse blijkt deze zich niet te richten op de ogz zelf, maar meer op de bestuurlijk-politieke inkadering daarvan, met name die via de WCPV. Zo zijn de negen belangrijkste punten van kritiek uit het Inspectierapport van 1995 zonder uitzondering gericht op de bestuurlijke verhoudingen rond de ogz. Dat geldt ook voor het rapport van de commissie Lemstra, waarin tevens de vinger wordt gelegd op lacunes in de meer functionele verhoudingen. De algemene conclusie uit deze rapporten luidt, dat de bestuurlijke en functionele werkelijkheid nog maar weinig in overeenstemming is, met datgene wat in de WCPV wordt voorgeschreven, een wet die indertijd met enige spoed tot stand is gekomen omdat er een wettelijk gat dreigde te ontstaan door de intrekking van de Wet voorzieningen gezondheidszorg.

Kritiek op de bestuurlijk-politieke inkadering

Een inhoudelijke evaluatie van de totale ogz ontbreekt nog. Wel zijn of worden er meer inhoudelijke evaluaties gemaakt van onderdelen van de ogz, zoals de JGZ, de infectieziektenbestrijding (zie bijlage 8), het Rijksvaccinatieprogramma, de griepvaccinatie, de bevolkingsonderzoeken op borst- en baarmoederhalskanker, de uitvoering van de WVG en de integrale onafhankelijke indicatiestelling (IOI).

Inhoudelijke evaluatie ogz ontbreekt nog

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg



Daarnaast is een wetenschappelijke evaluatie van de effecten van collectieve preventie in Nederland terug te vinden in de Volksgezondheidstoekomstverkenning (VTV) van 1997 (deel IV, Effecten van preventie) en in de Staat van de gezondheidszorg 1997. In dit laatste stuk zijn geen punten van kritiek terug te vinden, die niet reeds eerder in de evaluaties waren vermeld.

Wetenschappelijke evaluatie in de VTV

Een algemene kritiek op de toekomst van de ogz is geformuleerd door Vuijsje (1996) aan de hand van een groot aantal gesprekken met sleutelfiguren. Deze ziet het probleem van de toekomstige ogz niet zo zeer in de gebrekkige uitvoering van de WCPV, maar in het verloren gaan van essentiële elementen van de ogz juist door de invoering van de WCPV. De ongeclausuleerde decentralisatie van taken, verantwoordelijkheden en gelden, welke door deze wet werd bewerkstelligd zou noodzakelijke centrale bevoegdheden op het terrein van de ogz ondermijnen.

De Raad stipt in de volgende paragraaf kort enkele hoofdpunten uit de kritiek op het functioneren van de ogz en de WCPV aan. Een uitgebreidere beschouwing is terug te vinden in bijlage 5. Vervolgens wordt ingegaan op het eerste deel van de centrale beleidsvraag, namelijk op welke terreinen de inzet van de curatieve gezondheidszorg bij de ogz van nut kan zijn.

Decentralisatie gevaar voor noodzakelijke centrale bevoegdheid?

## 2.2 Problemen in het functioneren van de openbare gezondheidszorg

Uit het rapport van de Inspectie voor de gezondheidszorg (1995) over de betrokkenheid van gemeenten bij de collectieve preventie, komt als probleem naar voren dat het in Nederland ontbreekt aan een algemeen gedragen opvatting over plaats en inhoud van de openbare gezondheidszorg. Er is daardoor nauwelijks een referentiekader voor de noodzakelijke gedachteswisseling tussen bestuurders en uitvoerders. Verder wordt geconstateerd dat collectieve preventie en gezondheidsbeleid als afzonderlijk beleidsveld in het bestuurlijk krachtenveld een bescheiden plaats innemen. Dit komt onder meer tot uitdrukking in de grote diversiteit in betrokkenheid van gemeentebesturen bij collectieve preventie. Daarbij bestaat geen duidelijke relatie met kenmerken van de gemeente. Gemeenten formuleren meestal niet zelf een beleidsplan

Inspectierapport 1995: referentiekader voor gedachteswisseling ontbreekt

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

gezondheidszorg of collectieve preventie. Initiatieven gaan vaak uit van de GGD. Het lijkt erop dat de GGD de gemeente op dit vlak aanstuurt, in plaats van andersom. Daarbij krijgen GGD's doorgaans een afgepaste financiering. Het lokaal gezondheidsbeleid is meestal slechts reactief, ook in sector-overstijgend opzicht, terwijl facetbeleid in gemeenten zwak is ontwikkeld. Er is onvoldoende expertise voor een expliciete en systematische gezondheidskundige beoordeling van voornemens op andere beleidsterreinen.

Het rapport van de commissie-Lemstra (1996) neemt in grote lijnen de door de inspectie genoemde conclusies als uitgangspunt. Ze voegt er enkele andere problemen aan toe. In de eerste plaats de problematiek van de samenwerking tussen verschillende overheidslagen: de onderlinge verticale taakverdeling tussen rijksoverheid en gemeentelijke overheid is bestuurlijk weliswaar geregeld via de WCPV, maar inhoudelijk nog onvoldoende uitgewerkt. Bovendien krijgt in de aandacht van het Rijk voor gemeenten ogz onvoldoende prioriteit. Ook horizontale samenwerking tussen verschillende gemeenten is soms problematisch. De democratische legitimiteit van het gemeenschappelijk regelen staat vaak ter discussie. Commissie-Lemstra 1996

De relatie tussen beleid en uitvoering is problematisch. Gesteld wordt dat de overheid moeite heeft om verantwoordelijkheid te dragen voor uitvoerende werkzaamheden die niet op korte termijn tot zichtbare resultaten leiden en voor het formuleren van beleid dat direct raakt aan de individuele verantwoordelijkheid van burgers.

In de VTV 1997 wordt geconstateerd dat er met preventie veel gezondheidswinst is geboekt. Dit is vooral toe te schrijven aan vaccinatieprogramma's, wet- en regelgeving over bijvoorbeeld veiligheid van voedsel, consumentenproducten en arbeidsomstandigheden en door geïnitieerde programma's als in de jeugdgezondheidszorg. Het is wel zaak deze gezondheidswinst te behouden en zo mogelijk te vergroten. Volksgezondheid toekomstverkenning 1997

Een andere vaststelling luidt dat er nog een aanzienlijke gezondheidswinst door preventieve activiteiten te behalen is. Gedacht wordt hierbij aan het reduceren van morbiditeit en sterfte door nog meer aandacht voor leefstijlgerelateerde risicofactoren, zoals roken, alcoholconsumptie, lichamelijke inactiviteit, overgewicht, drugsgebruik en seksueel risicogedrag, en medische risicofactoren zoals hypertensie en verhoogd cholesterol.

Een volgende constatering is dat de gerealiseerde gezondheidswinst, dat wil zeggen de doeltreffendheid van preventieve acties, vaak achter blijft bij de theoretisch haalbare winst, of wel de werkzaamheid van bedoelde acties. Hierbij doen zich tenminste twee knelpunten voor. In de eerste plaats ontbreekt het, onder meer door methodologische problemen, vaak aan goed onderzoek naar de doeltreffendheid van preventieve interventies. Met name geldt dit voor de effecten van GVO. In de tweede plaats wordt een belangrijk knelpunt gevormd door een onvoldoende bereik van preventieve acties en door een onvoldoende of gebrekkige implementatie van werkzaam gebleken interventies.

Achterblijvende doeltreffendheid

Gesteld wordt dat een integrale aanpak mogelijkheden biedt voor verbetering van de doeltreffendheid van preventie. Er zijn aanwijzingen dat doeltreffendheid en doelmatigheid verbeteren indien verschillende preventiemethoden gecombineerd worden aangeboden, alsook wanneer op meerdere determinanten wordt geïntervenieerd. Ook een combinatie van preventieactiviteiten en de betrokkenheid van meerdere participanten in het veld, kan tot betere resultaten leiden.

Integrale aanpak biedt mogelijkheden

In het kader van de VTV zijn vijf preventiemethoden nader bekeken op werkzaamheid en doeltreffendheid. Het gaat om GVO, vaccinatie, wet- en regelgeving, primaire preventie door gerichte medicatie en screening. Voor vaccinaties en een aantal screeningsprogramma's sluit de in de praktijk behaalde gezondheidswinst goed bij de werkzaamheid aan. Voor GVO, wet- en regelgeving en primaire preventie door gerichte medicatie blijft de doeltreffendheid achter bij de werkzaamheid of zijn uitspraken daarover (nog) niet mogelijk. Overigens blijkt de discrepantie tussen doeltreffendheid en werkzaamheid het kleinst bij de interventies die het meest programmatisch van opzet zijn, zoals vaccinatieprogramma's en sommige screeningsprogramma's.

Voor de toekomst is het van belang dat geïnvesteerd wordt in een 'programmatische preventiestrategie' waarbij de volgende aandachtspunten van belang zijn:

Programmatische preventiestrategie

- behouden van reeds behaalde gezondheidswinst, door het in stand houden van de betreffende voorzieningen;
- nauwkeurig vaststellen van de doelgroep voor preventieve interventies. Het gaat om een integraal preventiebeleid met aandacht voor jeugdigen en kwetsbare groepen;
- zorgvuldige keuze van interventiestrategie, afwegen van de mogelijkheid om verschillende vormen van preventie gecom-

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

- bineerd aan te bieden;
- standaard evalueren van programma's op doeltreffendheid en doelmatigheid;
- streven naar een betere rolverdeling tussen centrale en decentrale actoren: de rijksoverheid schept voorwaarden en coördineert brede programma's, de lokale overheden en andere actoren kunnen de implementatie en uitvoering op lokale omstandigheden en doelgroepen toespitsen;
- realiseren van een intersectorale aanpak: dit omvat de participatie van alle actoren.

### 2.3 Visie van de Raad

De Raad wil deze op de meest recente stand van wetenschap en praktijk gebaseerde analyse tot uitgangspunt nemen bij de advisering. Dit leidt tot de volgende beleidsuitgangspunten.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Er is in de ogz al veel bereikt en dat moet behouden blijven door de paraatheid en de permanente onderhoudsdosering van de ogz in stand te houden. Daarbij moet ook de professionele standaard en kwaliteit worden gehandhaafd, die in de loop van tientallen jaren is opgebouwd.</p>   | <p>Paraatheid en kwaliteit behouden</p>           |
| <p>2. Weliswaar is er theoretisch nog veel gezondheidswinst te behalen, maar het achterblijven van de praktijk daarbij komt niet alleen door de gesignaleerde knelpunten van onvoldoende goed effectonderzoek, bereik en implementatie, maar ook door de niet uitsluitend op gezondheidswinst gerichte prioriteitsstelling op micro-, meso- en macroniveau. Zo is het irrealistisch te verwachten, dat jongeren zich via gezondheidsbevordering en masse tot gezonde leefstijlen gaan bekeren, wanneer via media en reclame voortdurend met kracht een heel andere boodschap wordt verkondigd. In dat opzicht zal het praktisch realiseerbare vaak achter blijven bij het theoretisch haalbare.</p> | <p>Praktijk blijft vaak achter bij de theorie</p> |
| <p>3. Voor praktische verbeteringen moet gedacht worden aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nauwkeurige doelgroepbepaling via een verbeterde monitoring (jeugd, gezondheidsbedreigde groepen);</li> <li>- werken aan de ontwikkeling van gecombineerde interventiestrategieën, waarbij zowel meerdere actoren worden ingezet als op meerdere determinanten wordt gefocust;</li> <li>- investeren in een strikt programmatische aanpak van ogz-activiteiten, waarbij zowel in het ontwikkelingstraject, als in de uitvoering standaard wordt geëvalueerd op effecti-</li> </ul>  | <p>Praktische verbeteringen</p>                   |

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

viteit, efficiency en klantgerichtheid van het betreffende ogz-aanbod. Eisen van kosten-effectiviteit en evidence-based gelden in de ogz des te meer, omdat het om een ongevraagd aanbod gaat;

- voortdurend werken aan een goede rolverdeling tussen centrale (prioriteiten, voorwaarden en programmacoördinatie) en decentrale (implementatie en uitvoering toespitsen op lokale omstandigheden en doelgroepen) actoren;
- veel inspanning richten op de intersectorale aanpak van gezondheidsproblemen: participatie van alle actoren rond een bepaald programma of probleem.

## 2.4 Benutten en herstellen van private ogz-mogelijkheden

Het eerste deel van de centrale beleidsvraag gaat in op de vraag of het nuttig is de curatieve gezondheidszorg op sommige terreinen (weer) meer bij de uitvoering van ogz te betrekken. Een uitgebreidere beschouwing over de ogz-mogelijkheden van de curatieve zorg is terug te vinden in bijlage 6.

De relatie van de openbare gezondheidszorg met de rest van de gezondheidszorg kent een lange geschiedenis. Een globale gang door deze geschiedenis leert dat er steeds wisselende verhoudingen hebben bestaan in de mate waarin ogz-taken door de overheid, dan wel door het veld van de gezondheidszorg werden uitgevoerd. Dit heeft enerzijds te maken met de steeds wisselende opvattingen over de wenselijkheid van overheidsbemoeienis met de uitvoering van gezondheidszorg, anderzijds met de specifieke nieuwe volksgezondheidsproblemen die zich in een bepaald tijdsgewricht voordoen, en waarop vanuit de overheid, dan wel de (openbare) gezondheidszorg een snel antwoord geformuleerd moet worden. Daarbij is meestal de overheid als eerste aan zet, mede onder druk van de politiek en de publieke opinie.

Veel initiatieven op het terrein van de openbare gezondheidszorg zijn aan het eind van de vorige en begin deze eeuw tot stand gekomen op basis van particulier initiatief. Dit initiatief lag vaak bij artsen, historisch aangeduid als radicaal-hygiënist. Het toen politiek heersende paradigma van staatsonthouding was mede debet aan deze ontwikkeling. Pas in het begin van deze eeuw gingen de landelijke en gemeentelijke overheid zich gaandeweg meer bemoeien met taken op het terrein van de ogz, mede onder druk van de groeiende armoedeproblematiek in de grote steden en de onveiligheid in de opkomende nieuwe indu-

Wisselende verhouding overheid - particulier initiatief rond de ogz

Geleidelijke ontwikkeling van ogz in huidige vorm

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

strieën. Daarbij lag vaak ook een belangrijk accent op het van overheidswege leveren van curatieve zorg aan minvermogenen. Met de uitbreiding en wettelijke vastlegging van het stelsel van sociale ziektekostenverzekering is dit element uit de openbare gezondheidszorg nagenoeg verdwenen, waardoor ogz beperkt werd tot de taken zoals wij die ook nu nog kennen: collectieve gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, opvang van gemarginaliseerden, en taken waarbij overheidsregulering en invloed onontbeerlijk is, zoals bij spoedeisende hulpverlening en forensische geneeskunde.

In een later stadium zijn daar weer taken bijgekomen op het gebied op de verdeling van (schaarse) middelen, waarbij (on)gezondheid een beslissingscriterium is (woningen, parkeerplaatsen, hulpmiddelen, vervoer, etc.) en die buiten het verzekeringsstelsel vallen. Maar ook met de verdeling van relatief schaarse zorg heeft de overheid in wisselende mate bemoeienis gehad. Zo is nu voor de indicatiestelling van de ouderen- en gehandicaptenzorg een regeling tot stand gekomen met, zij het gedeelde, gemeentelijke verantwoordelijkheid.

Nieuwe ogz-taken

Het afgelopen decennium is de taakverdeling bij de uitvoering van de ogz sterk beïnvloed door de bestuurlijke discussie. Sinds het rapport van de commissie-Dekker wordt doelbewust gestreefd naar meer privatisering in de uitvoering van de zorg, ook op het vlak van de ogz. Minder overheid en meer markt is nog steeds een leidend beleidsadagium.

Bestuurlijke discussie

Deze globaal beschreven ontwikkeling laat zien, dat er weinig vastligt in de verhouding overheid - particulier initiatief bij de uitvoering van de ogz. Weliswaar is de verantwoordelijkheid van de overheid voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg nog steeds geldend, maar daarbij gaat men er vooralsnog van uit, dat de overheid de uitvoering van gezondheidszorgtaken alleen dan ter hand neemt, wanneer het in principe soevereine veld van het particulier initiatief dat niet zelf doet.

Particulier initiatief gaat vóór

In het recente verleden zijn er verschillende taken uit de ogz naar de curatieve gezondheidszorg overgeheveld, vanuit het algemene streven naar privatisering en decentralisatie en vanuit de gedachtegang, dat overheidsuitvoering bureaucratisch en duur is en marktwerking tot hogere kosteneffectiviteit leidt: ambulancevervoer, BGZ voor gemeenteambtenaren, 7 x 24 uurscrisisopvang, sociaal-psychiatrische voor- en nazorg, etc. Daar tegenover staat,

Recente privatisering

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

dat er ook in toenemende mate een beroep op de (gemeentelijke) overheid wordt gedaan voor de aanpak en opvang van nieuwe problemen en probleemgroepen: verslaafden, dak- en thuislozen, illegalen, randgroepjongeren. Dit is deels het gevolg van het onvoldoende functioneren van het particulier initiatief.

Gezien de analyse van de VTV 1997, waar de Raad zich bij aansluit, lijkt het nuttig te bezien in hoeverre de curatieve gezondheidszorg nog meer bij de uitvoering van de ogz betrokken kan worden. In de volgende paragraaf wordt per onderdeel van de gezondheidszorg kort aangestipt welk aandeel de betreffende beroepsgroep of sector van de gezondheidszorg reeds levert in de uitvoering van de ogz en wat reële uitbreidingsmogelijkheden zijn. Vervolgens formuleert de Raad vanuit de bovenstaande analyse vier algemene terreinen waarop een grotere inzet van de curatieve gezondheidszorg van nut kan zijn.

Wat zou nog meer kunnen?

## 2.5 Situatie per sector of beroepsgroep

Toegesplitst op de afzonderlijke sectoren en beroepsgroepen, bestaan de volgende reeds lopende activiteiten op het terrein van de ogz. Daarnaast worden mogelijkheden genoemd voor een actievere rol van de curatieve zorg.

De mogelijkheden van huisartsen hiervoor zijn nagenoeg benut: griepvaccinatie, cervixscreening, en 'minimal intervention' ten aanzien van hart- en vaatziekten. Er liggen nog uitbreidingsmogelijkheden in de monitoring van en tertiaire preventie bij chronisch zieken via het werk van de (toekomstige) praktijkverpleegkundigen, in preconceptie-advisering (rhesusantagonisme, genetische advisering, hepatitis B, toxoplasmose, foliumzuursuppletie, etc.), en in een gestructureerdere inzet bij de hulpverlening aan bijzondere groepen.

Huisartsen

Onder druk van de toegenomen vraag naar care wordt de bijdrage van de thuiszorg aan de ogz momenteel afgebouwd. Deze situatie zal voorlopig waarschijnlijk niet veranderen. Wel moeten de huidige activiteiten op het terrein van de ogz, de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen, de voedingsvoorlichting en het preventieve cursusaanbod (stoppen met roken, meer bewegen voor ouderen) beschermd worden tegen verdere afkalving, wat in het laatste regeerakkoord voor een deel ook is gebeurd.

Thuiszorg

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

De zwangerschapszorg biedt in Nederland een unieke combinatie van preventie en curatie en moet in deze vorm zeker gehandhaafd blijven.	Zwangerschapszorg
Ook in de tandheelkundige zorg bestaat een goede combinatie van preventie en curatie, maar de afstemming en de regie vanuit de GGD zouden nog versterkt kunnen worden, hetgeen ook wordt nagestreefd in het actieprogramma collectieve preventie.	Tandheelkundige zorg
Oggz-activiteiten vragen per definitie om een goed samenspel tussen gemeente, ogz-diensten en de curatieve zorg op dit terrein. Hier moet de regie expliciet bij gemeente en/of GGD liggen, en dus zou de curatieve zorg alleen uitvoerend moeten optreden. Zie verder de door de Raad uitgebrachte adviezen over de ggz. Verslavingszorg valt voor een deel onder de financiële verantwoordelijkheid van de gemeente, waardoor de regiefunctie het beste bij de gemeente kan liggen. In 1999 brengt de Raad een afzonderlijk advies uit over verslavingszorg.	Oggz
De Raad verwijst hierbij naar zijn advies <i>Preventie en ouderen</i> van 1996 voor mogelijkheden en wensen op het terrein van de collectieve preventie voor ouderen, en naar de rapportage van het NIZW voor de integrale gemeentelijke beleidsvorming op het vlak van de regie en de coördinatie van de zorg. Met name hierbij zijn integratie met WVG- en IOI-regimes van belang. Dat geldt uiteraard ook voor de gehandicaptenzorg.	Ouderen- en gehandicaptenzorg
<p>Ogz-activiteiten van ziekenhuizen liggen thans op het terrein van spoedeisende hulp en rampenbestrijding. Daarnaast worden veel activiteiten ondernomen op het vlak van de follow-up van screening, al zullen deze binnen de ziekenhuissetting zelf vaak niet als ogz ervaren worden. Soms zijn ziekenhuizen ook actief op het terrein van de infectieziektenbestrijding, reizigersprofylaxe en de zorg voor kwetsbare groepen.</p> <p>Uitbreiding en intensivering is mogelijk op het vlak van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het gebruik van epidemiologische gegevens uit de ziekenhuisregistraties ten behoeve van het gezondheidsbeleid in de regio, met daaraan gekoppelde systemen van wederzijdse informatievoorziening;</li> <li>- thematische pilotprojecten tussen ziekenhuis, GGD en andere instanties;</li> <li>- follow-up van screening (transmurale protocollering);</li> <li>- infectieziektenbestrijding en reizigersadvisering;</li> <li>- zorg voor specifieke (achterstandsgroepen) met aangepast</li> </ul>	Ziekenhuizen

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg



- aanbod;
- technisch hoogwaardige screening, die uitsluitend in een intramurale setting kan worden uitgevoerd.

## 2.6 Vier terreinen waarop bevordering van samenwerking in het bijzonder van belang is

De Raad heeft zich in het kader van deze advisering de vraag gesteld voor welke ogz-terreinen samenwerking met de rest van de gezondheidszorg onontbeerlijk is, aan de hand van de analyse in de VTV 1997 en die van Vuijsje (1996). Die problemen zijn geselecteerd, die voor hun oplossing of verbetering duidelijk afhankelijk zijn van het aanbrengen van meer samenwerking en afstemming. Deze samenwerkingsafhankelijkheid kan zowel voortkomen uit de noodzaak tot een programmatische opzet (transmurale protocollering), als uit een algemene noodzaak tot afstemming van activiteiten op hetzelfde terrein. Vanuit deze inventarisatie en argumentatie heeft de Raad vier terreinen geselecteerd, waarop in ieder geval afstemming en samenwerking kansen bieden voor een grotere effectiviteit en klantgerichtheid van de ogz:

### 1. Epidemiologie/strategische informatievoorziening (gezondheidsbeleid).

De curatieve gezondheidszorg beschikt over een schat aan - epidemiologische - gegevens welke ook van nut kunnen zijn voor de ogz ten behoeve van vroegsignalering, prioriteitsstelling en evaluatie. In sommige (academische) ziekenhuizen en in de registraties van de academische netwerken en het LIN-H zijn deze gegevens in een - ook voor epidemiologisch onderzoek geschikt - informatiesysteem voorhanden, waarbij in de toekomst koppeling met het informatiesysteem van de huisarts en van de GGD mogelijk is. Dit kan een belangrijke schakel zijn in de publiek-private samenwerking in de ogz en houdt een wel zeer concrete netwerkvorming in. De bij sommige GGD's ontwikkelde lokale huisartsenpeilstations zijn een goede stap in deze richting. De GGD bezit anderzijds ook veel epidemiologische informatie die verzameld is met gezondheidsenquêtes. Uitwisseling van epidemiologische informatie en samenwerking bij het oplossen van gesignaleerde problemen in de regio kan tot goede resultaten leiden. Zo heeft de GGD in Oost-Groningen gevonden, dat daar de sterfte aan hart- en vaatziekten 29% hoger is van in de rest van Nederland. In samenwerking van de GGD met een aantal curatieve vak-

Terreinen waarop samenwerking onontbeerlijk is

Uitwisseling van epidemiologische gegevens

groepen (cardiologie, interne geneeskunde, huisartsgeneeskunde en de hypertensiedienst) wordt getracht dit verhoogde risico te beïnvloeden.

2. Transmurale protocollering bij screeningsprogramma's (bevolkingsonderzoek, jeugdgezondheidszorg).

Transmurale protocollering bij screeningsprogramma's

Ondanks een hoog ontwikkeld peil van screeningsactiviteiten in de Nederlandse gezondheidszorg bestaan er nog steeds wensen op het terrein van de aansluiting van deze activiteiten met de follow-up van opgespoorde personen in de curatieve gezondheidszorg. Deze hebben vooral betrekking op de eerste opvang en de verdere diagnostiek, behandeling en begeleiding van deze screeningsverwijzingen. Van belang is, dat mensen met een positieve screeningsuitslag zo snel mogelijk uitsluitsel krijgen over het al of niet juist zijn van het in de screening gerezen vermoeden. Een goed voorbeeld hiervan is de snelle procedure rond de mammascreeening, die in het Reinier de Graaffziekenhuis te Delft is geïntroduceerd, in de vorm van de zogenaamde mammapoli. Dergelijke initiatieven verdienen navolging en zouden ook voor andere vormen van screening kunnen worden ontwikkeld. Meer algemeen zou krachtig gewerkt moeten worden aan transmurale protocollering op dit terrein, door ineenvoeging van preventieve en curatieve protocollen en richtlijnen.

3. Gezondheidsbevordering via een multi-interventiestrategie (gezondheidsbevordering)

Multi-interventiestrategie

Voor veel gezondheidsproblemen is in de afgelopen decennia een scheiding ontstaan tussen de curatieve en de preventieve sector. Zo zijn bijvoorbeeld op het terrein van de hart- en vaatziekten, behalve via de minimal interventieaanpak, curatief werkenden wel nog actief ten aanzien van de individuele preventie, maar de kennis, maatregelen en interesse voor meer programmatische collectieve preventie ontbreekt veelal. Het is mogelijk dat een bredere aanpak van dergelijke problemen via een multi-interventiestrategie, waarin ook de curatieve sector actief participeert, tot betere resultaten leidt, bij voorbeeld ook op het gebied van bevordering van bewegen of de ontmoediging van roken. Met deze strategie wordt al gexperimenterd in Nijmegen (zie achtergrondstudie).

4. Signalering bij en de zorg voor specifieke groepen (oggz, ouderen- en gehandicaptenzorg).

Specifieke groepen

De curatieve zorg en met name de huisarts komt met een veelheid aan cliënten in aanraking uit specifieke probleem-

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

groepen, waarbij de verwevenheid van medische, psychische en maatschappelijke problemen de mogelijkheden van de individuele hulpverlener of instantie te boven gaan. Signalering van deze probleemgevallen en een meer gestructureerde samenwerking, o.a. richting de vangnetfuncties van de GGD zou daarbij nuttig kunnen zijn, waarbij de GGD ook duidelijk zou kunnen aangeven welke vangnetmogelijkheden er zijn en welke beleidsmaatregelen op andere terreinen mogelijk genomen zouden kunnen worden om in het algemeen iets voor deze probleemgroepen te doen. Zo kan ook een link gelegd worden met onderdelen van het lokaal sociaal beleid en het grotestedenbeleid ten aanzien van achterstandswijken.

Daarnaast onderkent de Raad, dat er zich steeds nieuwe problemen kunnen voordoen, waarvoor samenwerking tussen betrokkenen in projectmatige vorm geboden is.

### 3 Samenwerken aan openbare gezondheidszorg: een beleidsstrategische visie

#### 3.1 Verbinding verbroken

Vanuit de centrale beleidsvraag van dit advies is het niet alleen van belang op welke terreinen de curatieve gezondheidszorg meer bij de openbare gezondheidszorg betrokken kan worden, maar ook om meer samenhang aan te brengen tussen de ogz en de rest van de gezondheidszorg. Deze samenhang zal zowel op beleidsmatig als op uitvoerend vlak tot stand moeten komen. In de eerste drie paragrafen van dit hoofdstuk zal ingegaan worden op het bevorderen van de beleidsmatige samenhang en in de laatste twee op de samenhang op uitvoerend vlak. Daarbij worden successievelijk de in 1.4 gestelde deelvragen beantwoord.

Meer samenhang

De eerste deelvraag luidt:

*Hoe kan een integratie van openbare gezondheidszorg en curatieve gezondheidszorg, welke ook in internationaal verband wordt nagestreefd in het kader van een 'new public health', in het nederlandse beleid worden gencorporeerd en welke strategische consequenties voor het overheidsbeleid vloeien daaruit voort?*

Zoals in hoofdstuk 2 uiteengezet is het wenselijk te bevorderen dat de curatieve sector meer aandacht besteedt aan programmatische preventie, voorop gesteld dat de effectiviteit hiervan bewezen is. Niet alleen is op die manier een groot potentieel aan preventiewerkers beschikbaar, maar ook voor de curatieve hulpverlener kan het zinvol zijn zich meer bewust te worden van de relatie tussen de eigen veelal op bestaande problemen gerichte beroepsuitoefening en het voorkómen van deze problemen, anders gezegd meer samenhang aanbrengen tussen curatie en preventie. Op die manier kan ook het internationale concept van de *new public health* in de Nederlandse gezondheidszorg gestalte krijgen.

Curatieve zorg heeft potentieel aan preventiewerkers

Naar de mening van de Raad kunnen vijf inhoudelijke en beleidsmatige motieven onderscheiden worden voor het aanbrengen van meer samenhang en samenwerking rond de ogz (zie bijlagen 7 en 8):

Motieven voor meer samenhang en samenwerking

1. het voorkomen van onnodige fragmentatie en segmentatie op het terrein van de ogz;
2. het bevorderen van een meer programmatische opzet en

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

- afstemming in de ogz;
3. het exploreren en benutten van verloren gegane en tot nu toe onaanbeoorde mogelijkheden voor ogz in de reguliere gezondheidszorg;
  4. het zo nodig bijsturen en corrigeren van privatisering en decentralisatie van ogz-activiteiten, die naar maatschappelijke signalen nog onvoldoende functioneren c.q. hun belofte niet volledig hebben waargemaakt;
  5. het verder bevorderen van een integraal beleid ten aanzien van gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Naast de zorginhoudelijke visie uit hoofdstuk 2 heeft de Raad daarbij ook een meer beleidsstrategische invalshoek voor ogen. De openbare gezondheidszorg is een voor de effectiviteit en de doelmatigheid van het totale zorgstelsel vitale 'functie', zowel in het verleden, als in de toekomst. Geconstateerd kan worden dat deze functie in de afgelopen decennia is gemarginaliseerd. Dit komt volgens de Raad onder andere door de beleidskeuze in het verleden de ogz en de curatieve gezondheidszorg in twee aparte besturingssystemen onder te brengen, waardoor de actoren in deze twee systemen in staat zijn gesteld geheel onafhankelijk van elkaar te opereren. Hierdoor zijn twee autonome uitvoeringsorganisaties (bedrijfskolommen) ontstaan die nauwelijks zaken met elkaar doen: er zijn te weinig verbindingen tussen de openbare en de curatieve gezondheidszorg. Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven zouden ze veel meer aan elkaar kunnen hebben (samenwerkingsmogelijkheden) en om een optimaal rendement uit deze mogelijkheden te halen qua inzet van personeel en beschikbare financiële middelen is er naar de mening van de Raad eigenlijk ook sprake van een samenwerkingsnoodzaak. Er is dus alle reden om te pleiten voor een revitalisering van de openbare gezondheidszorg door actief te sturen in de samenhang en samenwerking tussen de openbare en de curatieve gezondheidszorg.

Ogz vitale functie voor het zorgstelsel

### **3.2 Bruggen tussen ogz en curatieve gezondheidszorg**

De Raad stelt zich op het standpunt dat preventie (primaire en secundaire) en zorg (care en cure) idealiter behoren tot een en hetzelfde systeem van redeneren, streven en doen. Dat betekent voor het beleidsproces dat paradigmatisch én programmatisch én procesmatig de zaken in de toekomst nauwkeurig op elkaar afge-

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

stemd moeten worden. Verantwoordelijkheden en taken dienen opnieuw verdeeld te worden over verschillende beleidsactoren.

Het is heel goed mogelijk en soms zelfs gewenst verantwoordelijkheden en taken te verdelen, maar dan steeds vanuit een door allen gekozen filosofie: de zorg voor de gezondheid van de bevolking én de zorg voor de individuele burgers zijn aan elkaar gekoppeld. Alleen zo kunnen de effectiviteit en de doelmatigheid optimaal bevorderd worden.

Deze koppeling sluit naar de mening van de Raad goed aan bij het gestelde in art. 22, lid 1 van de Grondwet, waarin is bepaald, dat de overheid zorg draagt voor de bevordering van de volksgezondheid.

Voor de korte termijn zou ernaar gestreefd moeten worden het beleidsklimaat in deze richting te wijzigen. Dit zou naar de mening van de Raad onder andere kunnen gebeuren door:

- in lokale beleidsplannen en lokaal gezondheidsbeleid meer uit te gaan van een integratie van openbare en curatieve zorg;
- ogz uitdrukkelijk een onderdeel te laten zijn van regiovisies;
- ogz-aspecten duidelijker onderdeel te laten zijn van het disease management van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De landelijke overheid zou deze ontwikkelingen moeten bevorderen om zo de gewenste klimaatverandering te stimuleren.

Beleidsklimaat op korte termijn

Op de langere termijn zou, mede afhankelijk van het succes van deze inspanningen, aangestuurd kunnen worden op een meer geïntegreerde sturing van de samenhang tussen de openbare en de curatieve gezondheidszorg. Het daarbij behorend sturingsmechanisme kan er als volgt uitzien.

Er vindt op landelijk niveau convergentie plaats van het gezondheidsbeleid en het gezondheidszorgbeleid met de ministeriële verantwoordelijkheid als startpunt en decentralisatie als middel. Deze decentralisatie wordt gestuurd door consensus over de prioriteiten, de programma's en het besluitvormingsproces.

Convergentie van gezondheidsbeleid en gezondheidszorgbeleid

Daarbij wordt bewust gekozen voor divergentie in de overdracht van middelen van centraal naar decentraal niveau: enerzijds via de territoriale lijn naar gemeenten, anderzijds via de functionele lijn naar verzekeraars en zorgaanbieders. De regie van de divergentie wordt daarbij aangestuurd door de landelijke convergentie. De twee decentralisatie-lijnen zijn door middel van bruggen met elkaar verbonden. Deze verbindingen liggen zowel op het beleidsmatige vlak door afstemming van beleid tussen gemeenten, GGD's, instellingen

Divergentie door territoriale en functionele decentralisatie

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

voor gezondheidszorg en zorgverzekeraars, als op het uitvoerend vlak door functionele zorgnetwerken. Een en ander wordt vastgelegd in convenanten, samenwerkingsovereenkomsten en formalisering van zorgnetwerken. Dit laatste wordt uitgewerkt in paragraaf 3.4.

Hiermee kan naar de mening van de Raad in de toekomst recht gedaan aan de verantwoordelijkheden van de drie actoren: de minister, het gemeentebestuur en de maatschappelijke ondernemer (verzekeraar en zorgaanbieder). Maar tegelijkertijd creëert men de voorwaarden waaronder de tweedeling tussen ogz en curatieve zorg overbrugd kan worden waar dat nodig is, namelijk met betrekking tot de programma's, de prioriteiten en de processen.

### 3.3 Beleidsdoelen en -strategieën

Het toepassen van het in paragraaf 3.2 beschreven sturingsmechanisme kan tot twee concrete resultaten ten aanzien van deze doelen op de werkvloer en in de regio leiden. Een aantal 'WCPV-activiteiten' wordt niet meer alleen door gemeenten en GGD's uitgevoerd, maar ook door anderen, nl. private aanbieders van curatieve zorg; de gemeente als regisseur beschouwt de curatieve zorg als partner, de curatieve zorg werpt zich ook zo op. Als belangrijk motief geldt daarbij dat de aan te pakken 'zorgproblemen' steeds complexer worden, waardoor een monistische werkwijze vaker zal falen.

WCPV-activiteiten ook door private aanbieders van zorg

De verzekeraars en de zorgaanbieders beschouwen openbare gezondheidszorg in de toekomst ook als taak, mede als uitvloeisel van financiële incentives. Zij concretiseren dit als maatschappelijke ondernemers in de zorgovereenkomst, om zo meer rendement te halen uit het zorgbudget.

Ogz als maatschappelijk ondernemer

Voor het realiseren van deze twee beleidsdoelen in de komende jaren, dienen drie beleidsstrategieën te worden gerealiseerd:

1. Het WCPV-model blijft intact, inclusief de regierol voor de gemeenten. De relatie rijk-gemeenten krijgt een andere vorm: in bestuursconvenanten maken betrokkenen precieze afspraken over programma's, prioriteiten en processen. Een herijking van onder meer het toezicht op de kwaliteit en de doelmatigheid is gewenst. Gemeenten hebben meer mogelijkheden om m.b.v. een concessiesysteem ook anderen

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

in te schakelen bij de uitvoering van de WCPV, de WVG, de IOI en de Welzijnswet.

2. Binnen de functionele decentralisatie wordt het overeenkomstenstelsel beproefd op zijn mogelijkheden met betrekking tot de uitvoering van openbare gezondheidszorg. Private actoren worden als maatschappelijk ondernemer aangesproken en aangespoord ook publieke taken uit te voeren.
3. Tussen strategie 1 (de territoriale route) en strategie 2 (de functionele route) kunnen bruggen geslagen worden. Daarmee beoogt men de realisatie van openbare gezondheidszorg in de regio te bevorderen. Het is het instrumenteren van de interface tussen openbare en curatieve zorg en daarmee van het kader waarbinnen het samenwerken aan openbare gezondheidszorg succesvol kan zijn. Mogelijke beleidsinstrumenten zijn daarbij:
  - het lokaal zorgbeleid,
  - de regiovisie,
  - een stimulerende beleidsvisie van de minister,
  - het op elkaar afstemmen van deze drie visies,
  - een stimuleringsfonds ogz,
  - overbruggende programma's,
  - en nieuwe vormen van toezicht en verantwoording.

De drie beleidsstrategieën moeten tegelijkertijd in samenhang worden uitgevoerd. De minister praat hierover met de gemeenten en met verzekeraars en zorgaanbieders. De gemeenten praten hierover met verzekeraars en zorgaanbieders. Dit mondt uit in meerjarenafspraken en uitkomsten van overleg. In deze bestuursdriehoek komt de samenwerking in de openbare gezondheidszorg beleidsmatig tot stand.

Uitgaande van de in 2.6 genoemde vier terreinen zou het financiële beleid er in de komende jaren zo uit kunnen zien. In de visie van de Raad blijven er twee geldstromen van centraal naar decentraal niveau lopen: de WCPV-stroom en de ZFW-stroom. En hoewel de beide sturingsinstrumentaria van elkaar verschillen (begrotings- vs premiemiddelen; territoriale vs functionele decentralisatie; Gemeentefonds vs ZFW-fonds; etc.), is het mogelijk daarin gemeenschappelijke elementen in te bouwen. Die moeten het samenwerken aan ogz bevorderen. Financieel beleid

Hoewel de gemeente, als uitvoerder van de WCPV, verantwoordelijk blijft voor de regie met betrekking tot de uitvoering van de Ogz-samenwerking financieren uit beide geldstromen

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg



ogz, zouden de incentives tot samenwerking niet alleen in de WCPV-sfeer, maar ook in de ZFW-sfeer gezocht moeten worden. Daarom beveelt de Raad aan de samenwerking in de ogz te financieren uit beide geldstromen. Dit betekent dat de budgettaire ruimte voor de verzekeraars voor een deel wordt aangemerkt als ogz-middelen.

Een deel van de bestaande WCPV- en ZFW-middelen wordt vrijgemaakt voor de samenwerking rond de vier prioritaire gebieden. Deze middelen worden samengebracht in een investerings- en stimuleringsfonds. De met de twee geldstromen corresponderende twee verantwoordelijken voor de decentrale aanwending van de desbetreffende middelen, gemeente en verzekeraar, belasten zich met de uitgifte van middelen uit het fonds. De gemeente treedt in deze op als administratiekantoor.

Op het centrale niveau wordt een sturingskader op hoofdlijnen vastgesteld, in overleg met de decentrale regievoerder. Op het decentrale niveau stemmen gemeenten (lokale zorgvisie) en verzekeraars (regionale beleidsplannen) hun beleid op elkaar af met betrekking tot de ogz. In beide systemen nemen partijen in hun plannen een ogz-paragraaf op. Die is in principe identiek. In de uitvoering van hun beleid, laten de regievoerders zich onder meer leiden door deze regionale ogz-voornemens: de gemeenten in de uitvoering van de WCPV, de verzekeraars in hun contracteringsbeleid (zorginkoop is ook ogz-inkoop!).

Centraal sturingskader op hoofdlijnen

Binnen het overeenkomstenstelsel van de curatieve gezondheidszorg moeten verzekeraars en ziekenhuizen concrete afspraken gaan maken over de ogz. Het concept disease management zal dan niet alleen care en cure, maar ook ogz moeten omvatten, dus de gehele zorgketen. In deze zin kan disease management een van de bruggen gaan vormen tussen ogz en curatieve zorg.

### **3.4 Functionele samenwerking tussen ogz en de curatieve gezondheidszorg**

Vervolgens wil de Raad ingaan op de vormgeving van de samenwerking tussen de ogz en de curatieve gezondheidszorg op het uitvoerend vlak. Daarbij zijn de volgende twee deelvragen aan de orde:

Vormgeving samenwerking

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

*Welke positieve rol kan de vorming van functionele lokale zorgnetwerken spelen en aan welke vereisten qua organisatie en financiering zouden deze lokale zorgnetwerken moeten voldoen, willen zij de uitvoering van de openbare gezondheidszorg bevorderen?  
Aan welke randvoorwaarden dient te zijn voldaan, willen deze netwerken effectief, doelmatig en patiëntgericht zijn?*

De samenwerking kan zowel betrekking hebben op bestaande situaties als op in 2.5 en 2.6 genoemde nieuwe initiatieven. Wanneer betere afstemming en samenwerking geboden lijken, is het van belang om de meest geschikte samenwerkingsvorm zorgvuldig te kiezen.

In het adviesprogramma wordt gevraagd naar de totstandkoming van lokale zorgnetwerken voor preventie, behandeling en verzorging. Daarmee wordt, zonder dat dit overigens uitdrukkelijk wordt vermeld, gestreefd naar analoge oplossingen als bij de beleidskaders samenhang in de curatieve zorg (Biesheuvel) en samenhang in de ouderenzorg (Welschen). Voor de RVZ is een dergelijke lijn ook gevolgd in het adviestraject 'Redesign van de eerste lijn'. Iets vergelijkbaars is ook terug te vinden bij de ontwikkelingen rond de regiovisie, waarin op regionaal vlak gepoogd wordt meer samenhang in de gezondheidszorg aan te brengen. Er bestaan bij het ministerie van VWS hoge verwachtingen ten aanzien van netwerkvorming om het functioneren van de ogz verder te verbeteren.

Zorgnetwerken panacee?

In het algemeen is een aantal criteria van belang bij de keuze voor samenwerking tussen ogz en curatieve zorg om de zorg te verbeteren. Er moet sprake zijn van een duidelijke analyse, dat het gebrek aan afstemming en samenhang de oorzaak van het minder goed of slecht functioneren van de zorg vormt. Tussen de participanten moet verder geen fundamenteel verschil van inzicht bestaan in de juiste keuze van interventies die het gezondheidsprobleem kunnen helpen oplossen en zij moeten de doelstelling delen. Tenslotte moet de participatie in het samenwerkingsverband niet zo'n groot tijdsbeslag leggen, dat primaire taken van de deelnemende personen of instellingen in de knel komen.

Criteria voor samenwerking

Netwerken zijn min of meer stabiele patronen van sociale relaties tussen wederzijds afhankelijke publieke, private en professionele actoren, die zich formeren rondom problemen en/of programma's.

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

Netwerkvorming kan variëren van een zeer uitgebreide en intensieve geformaliseerde vorm van samenwerking tot veel lichtere vormen van samenhang, zoals het voeren van periodiek bestuurlijk overleg, het aanwijzen van contactpersonen, het maken van samenwerkingsafspraken of het bieden van consultatiemogelijkheden. Belangrijk is steeds de juiste zwaarte van samenwerking te kiezen voor de oplossing van het onderhavige afstemmingsprobleem of voor de vereisten van het beoogde programma.

Intensiteitsverschillen

Sommige van de gesignaleerde problemen binnen de ogz zijn naar de mening van de Raad gebaat bij een aanpak via netwerkvorming. Deze lijken vooral te liggen op het terrein van de jeugdgezondheidszorg, de gezondheidsbevordering, het bevolkingsonderzoek, de ouderen- en gehandicaptenzorg, de oggz en het intersectoraal beleid. Op een aantal terreinen zijn zij ook reeds gerealiseerd, zoals bij het bevolkingsonderzoek. Andere ervaringen uit het verleden, waarbij nog niet van netwerkvorming, maar van de vorming van samenwerkingsverbanden sprake was (VTO, GVO), hebben echter geleerd, dat netwerkvorming niet zonder meer tot het gewenste resultaat leidt. Voor een deel is dat terug te voeren op een te grote onduidelijkheid vooraf over de vraag 'wie doet wat', voor een deel op te groot verschil van inzicht tussen deelnemers over de meest gewenste aanpak. Daarnaast zijn ook infrastructurele gebreken, in de vorm van gebrek aan ondersteuning, coördinatie, financiering, mede debet geweest aan de relatieve mislukking van deze vormen van ogz-samenwerking. Probleemgerichte en programmatische samenwerking heeft meer kans van slagen, dan samenwerking die gebaseerd is op overeenstemming in zorgverleningsmethodieken, maar geen concreet probleem of programma als uitgangspunt heeft.

Netwerkvorming nuttig ...

... maar slaagt niet altijd

In het NIZW-onderzoek zijn tien bevorderende factoren voor netwerkvorming gevonden. Deze bevorderende factoren zijn:

1. goede beleidsmatige inkadering;
2. duidelijke trekkersrol in initiatieffase en coördinatorrol in de uitvoeringsfase;
3. gedeelde belangen;
4. goede aansluiting bij de lokale situatie;
5. goede mix van top-down en bottom-up benadering;
6. goede interne communicatie binnen het netwerk;
7. formalisering van de samenwerking;
8. (additionele) financiering;
9. zichtbaarheid van de resultaten van de samenwerking;
10. adequate omvang en schaal.

Succesfactoren

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

Wil netwerkvorming kans van slagen hebben, dan moet geïnvesteerd worden in *netwerkmanagement*. Vanuit het management dient specifiek aandacht te worden besteed aan het goed laten functioneren van aan het netwerk deelnemende instanties. Daarbij moet geregeld worden, wie in alle fasen van de samenwerking de aansturing en het onderhoud van het netwerk verzorgt en hoe de financiële verantwoordelijkheid wordt afgedicht.

Netwerkmanagement essentieel

Netwerkvorming rond de ogz beperkt zich uitdrukkelijk niet tot de gezondheidszorg, maar kan ook een belangrijke rol spelen in het facetbeleid en intersectoraal beleid. In dat verband kan gewezen worden op het recente rapport van de Commissie-Etty 'Deuren openen', gericht op het verbeteren van de lokale sociale infrastructuur. Daarbij wordt ook intersectorale netwerkvorming voorzien, bijvoorbeeld op het terrein van de jeugdzorg, de ouderenzorg, en de zorg voor specifieke groepen. De Raad acht dit van minstens even groot belang, als de netwerkvorming binnen de gezondheidszorg. In de achtergrondstudie zijn voorbeelden van deze intersectorale netwerkvorming terug te vinden. Tevens moet hierbij goed aangesloten worden bij het in ontwikkeling zijnde sociaal beleid op gemeenteniveau en bij het grotestedenbeleid.

Intersectorale netwerkvorming van groot belang

### **3.5 Voorwaarden voor de betere inschakeling van de curatieve zorg en voor netwerkvorming in de ogz**

Tenslotte dient een aantal vragen beantwoord te worden over de voorwaarden waaronder betere inschakeling van de curatieve zorg in de ogz en netwerkvorming het beste gestalte kan krijgen. Daartoe dienen de volgende deelvragen beantwoord te worden:

*Wat is de verantwoordelijkheid van de landelijke en gemeentelijke overheid én van het veld van gezondheidszorg op het terrein van de openbare gezondheidszorg, inclusief de collectieve preventie, en welke consequenties heeft dit voor de taakverdeling op dit terrein? Hoe kan de rijksoverheid in samenwerking met lokale overheden bevorderen dat de openbare gezondheidszorg enerzijds, en de curatieve gezondheidszorg anderzijds beter op elkaar afgestemd worden, en welke coördinerende rol dient de gemeentelijke overheid in dit opzicht te spelen?*

Op een aantal terreinen van de ogz zijn de verantwoordelijkheden nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Door een al dan niet

Verantwoordelijkheden onvoldoende uitgekristalliseerd

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

geformaliseerde introductie van basistaken komt er op het terrein van de collectieve preventie meer duidelijkheid over wat er gedaan moet worden. Maar daarnaast zal steeds opnieuw overwogen moeten worden wie waarvoor in de ogz verantwoordelijk is en op welke wijze daaruit een adequate taakverdeling voortvloeit. Daarbij hoeven verantwoordelijkheid en taakuitvoering niet in één hand te liggen.

Voor sommige ogz-terreinen heeft de Raad overwogen of een zekere *recentralisatie* of rebalancering van verantwoordelijkheden noodzakelijk is. Recentralisatie hoeft niet te betekenen, dat verantwoordelijkheden weer terugvallen naar de landelijke overheid. Er zijn ook andere meer centrale niveaus waarop verantwoordelijkheden en bevoegdheden kunnen worden geïmplementeerd, zoals bij de VNG, bij koepel- en brancheorganisaties, en bij landelijk werkende particuliere organisaties. In het recente verleden is dit al gebeurd op het terrein van de infectieziekten en de reizigersadviesgeving.

Recentralisatie noodzakelijk?

In dit advies wordt er voor gekozen het bestuurlijke zwaartepunt bij de gemeenten te laten liggen. De WCPV bestaat en er zijn geen dwingende argumenten om dit bestaan fundamenteel te ondergraven. De hoofdrol voor de gemeenten wordt als uitgangspunt genomen. Maar het is wel de vraag of gemeenten de in dit advies aanbevolen verantwoordelijkheden en taken op het terrein van samenwerking, afstemming en regie kunnen realiseren. Dat zal in ieder geval een kwestie van lange adem zijn, minimaal tien jaar. Er zullen plannen ontwikkeld moeten worden over hoe gemeenten daartoe kunnen worden toegerust. Het voorgestelde ogz-fonds zou in dat kader ook onderdeel van het gemeentefonds moeten uitmaken. De vrijheid van gemeenten ten aanzien van de vaststelling van inhoud en kwaliteit van de geboden zorg is daarbij beperkt. Deze wordt voor een belangrijk deel landelijk bepaald op grond van de prioriteiten, zoals die in de basistaken zijn omschreven.

Hoofdrol voor gemeenten

In het kader van dit advies is het van belang op te merken, dat de noodzaak tot het voeren van een integraal beleid ook een stimulans inhoudt tot publiek-private samenwerking. Het (inter)gemeentelijk niveau wordt voor veel zaken die direct of indirect de gezondheid en de kwaliteit van leven beïnvloeden (wonen, werken, milieu) door de Raad als belangrijk gezien. Hierin ligt dan ook een belangrijk motief om de met de WCPV ingezette territoriale decentralisatie van de ogz te handhaven.

Programmatische aanpak en lokale inbedding

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

De Raad kiest er dus voor om de gegroeide en in de WCPV vastgelegde bestuurlijke verhoudingen te continueren, omdat zo, positief geformuleerd, een goed evenwicht tot stand kan komen tussen professionele en wetenschappelijke programmering en protocollering van de ogz enerzijds en de lokale en regionale inbedding, betrokkenheid en flexibiliteit ervan anderzijds. Wel moeten er harde afspraken gemaakt worden tussen de landelijke overheid en de gemeenten over de verdere uitvoering van de ogz en over de regiefunctie die de gemeente daarbij moet spelen. Zij kan deze regiefunctie op onderdelen echter ook weer onder harde afspraken delegeren naar instellingen voor gezondheidszorg of verzekeraars. Van belang is, dat de gemeente haar coördinatie- en regiefunctie goed vormgeeft en daarvoor tijd, geld en mankracht vrijmaakt. De toegedachte verantwoordelijkheden en taken bij overheden, maar ook bij het veld van de curatieve zorg, worden daadwerkelijk opgepakt, wanneer er voldoende incentives en sancties worden aangebracht. De afgesproken verantwoordelijkheids- en taakverdeling dient regelmatig geëvalueerd te worden.

De laatste deelvraag luidt:

*Welke andere maatregelen zouden daarnaast het functioneren van de openbare gezondheidszorg kunnen bevorderen, waar het gaat om de bijdrage van de curatieve gezondheidszorg?*

Een belangrijk kenmerk van de ogz is, dat veel onderdelen, met name in de sfeer van de collectieve preventie, een permanente of periodieke *onderhoudsdosering* aan activiteiten en interventies vragen, en dat voortdurende monitoring en *paraatheid* dienen te worden gehandhaafd. Voor een belangrijk deel zijn deze onderhoudsdosering en paraatheid nu omschreven in de basistaken. Dit betekent, dat een omvangrijk deel van het beschikbare budget bij voorbaat beschikbaar zal moeten zijn voor het handhaven van deze onderhoudsdosering en paraatheid. Gesignaleerde capaciteitsproblemen, zoals in de thuiszorg, die ook de jeugdgezondheidszorg uitvoert, dienen dan ook continu in de gaten gehouden te worden en zo nodig te leiden tot aanpassingen in de prioriteitsstelling.

Toegankelijkheids- en capaciteitsproblemen

Daarnaast zal de toegankelijkheid van de zorg bewaakt moeten worden. Gesignaleerde problemen op dit terrein, zoals nu bij de JGZ, de zorg voor dak- en thuislozen en de zorg voor illegalen, vragen zo nodig om een aanpassing van de regelgeving en in de financiële prioriteitsstelling, zoals in het regeerakkoord is voorzien voor de JGZ.

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

De mogelijkheden voor meer inschakelen van de curatieve zorg worden onder meer beperkt door de huidige capaciteit van deze sector en de problemen die zich hierin op een aantal onderdelen voordoen. Voor programmatische preventie door individuele beroepsbeoefenaren is voorts in de meeste gevallen een adequate financiering noodzakelijk. Verder zijn de individu-gerichte werkwijze en de veelal primair op genezing van bestaande klachten gerichte attitude van curatieve beroepsbeoefenaren mogelijke struikelblokken voor het (meer) integreren van programmatische preventie in de beroepsuitoefening.

Capaciteit van de curatieve zorg

Uit recent onderzoek van NIVEL en Consumentenbond (Hulshof 1998) blijkt, dat patiënten in het algemeen positief staan tegenover preventief onderzoek door de huisarts. Dit in weerwil van het feit, dat geen bewijs voorhanden is dat ongericht preventief onderzoek, bijvoorbeeld in de vorm van een check-up, een wezenlijke bijdrage aan de gezondheid levert. Ook een jaarlijkse oproep door de huisarts voor meer gericht preventief onderzoek, waarvan de waarde wel vaststaat, wordt door de meeste patiënten op prijs gesteld. Patiënten lijken echter minder gecharmeerd van op preventiegerichte adviezen van de huisarts die ongevraagd gegeven worden en geen directe relatie hebben met het huisartsbezoek, met name wanneer deze op ongezonde leefstijlen zijn gericht. Met deze opvattingen dient rekening gehouden te worden bij het inschakelen van de curatieve zorg en bij de vorming van zorgnetwerken.

Klantgericht

## 4 Aanbevelingen

### 4.1 Aanbevelingen met betrekking tot het ogz-beleid

De Raad ziet twee belangrijke strategische beleidsdoelen voor de toekomst van de ogz in Nederland: Beleidsdoelen

1. Het realiseren van een goed evenwicht tussen professionele en wetenschappelijke programmering en protocollering van de ogz enerzijds en de lokale en regionale inbedding, betrokkenheid en flexibiliteit ervan anderzijds.
2. Een evenwichtige afstemming aanbrengen tussen de publieke verantwoordelijkheid voor een gegarandeerd aanbod van nuttige en noodzakelijke ogz-activiteiten enerzijds en de inzet daarbij van private en publieke middelen anderzijds.

#### *Aanbeveling 1*

Om dit te realiseren dienen gemeenten een breed gezondheidsbeleid te formuleren. Dit krijgt concreet gestalte in lokale en regionale investerings- en beleidsplannen, waarin in ieder geval: Breed gemeentelijk gezondheidsbeleid

- alle ogz-taken zijn omschreven;
- de taken ex WCPV, WVG, IOI en Welzijnswet zijn gentergreerd en vertaald in gezondheidsdoelen;
- een brug wordt geslagen naar de curatieve zorgsector;
- netwerkvorming tussen openbare en curatieve gezondheidszorg ten behoeve van taken op het grensvlak wordt uitgewerkt (zie verder paragraaf 4.2 en 4.3);
- en het facetbeleid wordt vormgegeven.

Een dergelijk periodiek plan bevat op termijn ook een evaluatie, een verantwoording en een afrekening met betrekking tot het gevoerde beleid in de afgelopen periode en een investeringskader voor de komende periode. Op basis hiervan worden de gemeenten gefinancierd. Het (inter-)gemeentelijk plan stuurt het totale openbare gezondheidszorgbeleid in de regio, inclusief de activiteiten van private actoren, waarmee afspraken zijn gemaakt tot het verrichten van taken op het ogz-terrein. Kerntaken van de gemeente zijn een actieve coördinerende rol in de gemeente/regio, het ontwikkelen en het instandhouden van netwerken, en de bijbehorende fondsenwerving. De schaalgrootte en gebiedsindeling waarop deze taken worden verricht zouden idealiter moeten aansluiten bij de te kiezen regio-indeling, waarbinnen in de toekomst

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg



regiovisies worden ontwikkeld. Op termijn zouden daarmee lokaal gezondheidsbeleid en regiovisie naadloos op elkaar kunnen aansluiten, of zelfs kunnen samenvallen. Dit zal in veel gevallen intergemeentelijke samenwerking op dit vlak betekenen.

#### *Aanbeveling 2*

Gemeenten zijn gehouden tot het (doen) uitvoeren van een aantal taken, zoals geformuleerd in het project basistaken collectieve preventie volksgezondheid en waar nodig in de WCPV verankerd. Ook naar aanleiding van nieuw opdoemende volksgezondheidsproblemen is landelijke prioriteitsstelling verder mogelijk, maar dit wel op grond van evidence-based (interventie)onderzoek. In een convenant tussen minister en gemeente worden hiervoor meerjarenafspraken gemaakt met een taakstellend karakter. Zie verder paragraaf 4.3.

Uitvoering basistaken

#### *Aanbeveling 3*

De landelijke overheid moet bevorderen dat er meer erkenning komt voor het professionele en technisch steeds hoogwaardiger karakter van de ogz. Dit moet zich vertalen in gerichte activiteiten op het terrein van onderzoek (ZON) en het stellen van kwaliteitseisen en eisen ten aanzien van programmatische opzet en het evidence-based karakter van interventies. Verder dienen ogz-aspecten versterkte aandacht te krijgen in de opleidings sfeer, binnen maar met name buiten ogz-opleidingen.

Professioneel karakter

#### *Aanbeveling 4*

De landelijke overheid ziet er op toe, dat waar dit nog niet is gebeurd, standaardisering en protocollering van essentiële ogz-activiteiten plaatsvindt. Zij vraagt geëigende instanties - beroepsverenigingen en CBO - om hiertoe een activiteitenprogramma te ontwikkelen. Daarbij moet waar dat nuttig wordt geacht ook aan transmurale protocollering op het terrein van de ogz worden gewerkt. Zie verder paragraaf 4.2.

Standaardisering en protocollering

## **4.2 Aanbevelingen met betrekking tot de rol van zorgaanbieders en verzekeraars**

#### *Aanbeveling 5*

Op vier terreinen beveelt de Raad aan de curatieve gezondheidszorg meer of beter bij de ogz in te schakelen:

Curatieve zorg inschakelen op vier terreinen

1. Epidemiologie en strategische informatievoorziening.

Geëxploreerd moet worden hoe de in de curatieve gezond-

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

heidszorg aanwezige informatie beter benut kan worden voor ogz-beleid en het formuleren van lokaal gezondheidsbeleid en regiovisies. Het verdient aanbeveling dat dit proces gestuurd wordt door de informatiebehoefte van alle betrokken partijen.

2. Follow-up van screening.

Screening en de follow-up daarvan in de curatieve sector dienen goed op elkaar aan te sluiten. Van belang is daarbij de ontwikkeling van transmurale protocollen, ontstaan uit samenvoeging en afstemming van bestaande richtlijnen van instellingen en beroepsbeoefenaren, en bij voorkeur uitmondend in een transmuraal preventief convenant. Deze moeten ook naadloos aansluiten bij de transmurale afspraken tussen huisartsen en ziekenhuizen.

3. Multi-interventiestrategie ten aanzien van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, bevordering van bewegen en ontmoediging van roken.

Veel gezondheidsbevorderende interventies vinden nu te geïsoleerd plaats. Geëxploreerd moet worden welke multi-interventiestrategieën in dit opzicht effectiever en klantvriendelijker zijn.

4. Signalering en zorg voor specifieke groepen.

De gemeente c.q. de GGD krijgt een actieve verantwoordelijkheid de signalering van probleemgroepen in de curatieve zorg te organiseren. Zij geven daarbij aan, hoe signalen op dit terrein doorgespeeld kunnen worden en wat er vervolgens met deze signalen zal gebeuren, ook in intersectoraal verband.

*Aanbeveling 6*

De Raad beveelt aan, naast de al bestaande prioriteiten, te weten de openbare geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, de ziekenhuiszorg aan te merken als prioritair ogz-terrein, aangezien daar nog de meeste mogelijkheden lijken te bestaan. Daarbij doet de Raad de volgende suggesties om de beoogde verandering van het beleidsklimaat te bewerkstelligen.

Vooraf ziekenhuizen

*Aanbeveling 7*

Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming zal door de overheid moeten worden gestimuleerd ogz-activiteiten te ondernemen. De WTG moet worden onderzocht op zijn mogelijkheden in deze: via incentives het voor de betrokkenen aantrekkelijk maken om aan de openbare gezondheidszorg bij te dragen. Bekeken moet worden of via producttypering of aanpassing van budgetparameters

WTG onderzoeken op incentives

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

dergelijke incentives kunnen worden aangebracht. De gedachte van het disease management kan mogelijk een leidende rol spelen bij het verder ontwikkelen van deze strategie.

#### *Aanbeveling 8*

In het toelatingsbeleid moet de rijksoverheid aan zorgaanbieders en verzekeraars eisen stellen met betrekking tot de uitvoering van ogz-activiteiten. Zie hiervoor ook het advies 'Verzekeraars op de zorgmarkt' van de Raad, onder meer met betrekking tot de beleidsplannen en de regionale positie. Eisen aan toelating

#### *Aanbeveling 9*

Activiteiten op het vlak van ogz moeten ook buiten het verzorgingsgebied aangenomen kunnen worden. Maar maatschappelijk ondernemers - verzekeraars of zorgaanbieders - die actief zijn op het vlak van ogz in samenwerking met, of in opdracht van gemeenten krijgen een preferente positie in de desbetreffende regio. De rijksoverheid verbindt financiële incentives aan het totstandkomen van regionale beleidsplannen waarin één en ander is vastgelegd. Ogz buiten verzorgingsgebied mogelijk

### **4.3 Aanbevelingen met betrekking tot de stimulering van samenwerking en netwerkvorming**

#### *Aanbeveling 10*

De Raad beveelt aan op de vier terreinen, genoemd in paragraaf 4.2, samenwerking van openbare en curatieve gezondheidszorg te stimuleren met behulp van financiële prikkels voor de actoren. Deze samenwerking moet concreet en probleemgericht zijn. De gemeente heeft de regierol en treedt op als netwerkmanager. Deze samenwerking wordt aangestuurd vanuit een landelijk ogz-beleid van minister, gemeenten en verzekeraars/zorgaanbieders. Dit beleid bevat de volgende elementen: Gemeente regisseur en netwerkmanager

#### *Aanbeveling 11*

De vier prioritaire samenwerkingsterreinen worden vertaald in zorgprogramma's. Deze bevatten volksgezondheids- en zorgdoelen en een prioriteitenstelling. Voorrang wordt gegeven aan thematische pilot-projecten tussen de gemeente/GGD en de intramurale zorg (+ eventueel andere). De programmabeschrijvingen houden rekening met de succesfactoren voor goede samenwerking en netwerkvorming (zie verder de achtergrondstudie van het NIZW). Deze programma's sturen de samenwerking. Zo Zorgprogramma's

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

spoedig mogelijk worden hierover meerjarenafspraken gerealiseerd.

*Aanbeveling 12*

De in de zorgsector gangbare vormen van toezicht op kwaliteit en op doelmatigheid worden ingezet in de ogz en dus ook op de programma's. Het toezicht vindt plaats op basis van kwaliteitseisen en gezondheidsdoelen.

Toezicht op kwaliteit

*Aanbeveling 13*

De minister stelt een landelijk ogz-fonds in, dat gevoed wordt met bestaande premie- en begrotingsmiddelen. Het fonds is in eerste instantie bedoeld om de prioritaire ogz-programma's te stimuleren. Gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders kunnen een beroep doen op het fonds door gezamenlijke aanvragen in te dienen. Met name programma's waarin de beoogde brugfuncties worden gerealiseerd zouden voor uitkering uit het fonds in aanmerking moeten komen, voorzover de additionele kosten niet uit de reguliere financiering van de betreffende instelling voldaan kan worden. Vooralsnog denkt de Raad, dat voor een dergelijk fonds zo'n 2 a 3% van de gelden voor ogz beschikbaar zouden moeten zijn. Op jaarbasis komt dat neer op ongeveer 25 miljoen gulden. Het fonds wordt bestuurd door rijk, gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders. Het bestuur heeft daarbij, omdat het gaat om een doelheffing, een beperkte bestedingsvrijheid.

Investerings- en stimuleringsfonds ogz

*Aanbeveling 14*

De Raad realiseert zich, dat met deze aanbevelingen een omvangrijk plan tot omvorming van de inrichting van de ogz wordt voorgesteld. Tevens worden voorstellen gedaan voor een klimaatwijziging in het beleid van de hele gezondheidszorg. Dit zijn processen die vele jaren zullen vergen. Met name de gemeenten zullen moeten worden toegerust om de hun toegedachte taken en verantwoordelijkheden te kunnen realiseren. Daarom zal een meerjarenactieplan opgezet moeten worden, dat voor een groot deel ingevuld kan worden met het reeds lopende actieplan versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Meerjarenactieplan

*Aanbeveling 15*

Aan het Platform ogz kan gevraagd worden een dergelijk meerjarig actieprogramma verder vorm te geven door onder andere te werken aan de ontwikkeling van:

Platform ogz

- de programma's en de prioriteiten;

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

- kwaliteitscriteria en gezondheidsdoelen;
- de relatie tussen landelijk geformuleerde gezondheidsdoelen en regionale ogz-activiteiten;
- de succesfactoren voor netwerkvorming.

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,**

*Voorzitter,*

Prof. drs. J. van Londen

*Algemeen secretaris,*

Drs. P. Vos

# Bijlagen



## **Bijlage 1**

### **Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1998 en het hiervan afgeleide werkprogramma**

#### **Uit deel 1 Adviesprogramma 1998 RVZ: Redesign van functionele lokale zorgnetwerken voor preventie, behandeling en verzorging**

##### **Inleiding**

Op het terrein van preventie en eerstelijnszorg bleek bij de standpuntbepaling op het advies van de Commissie-Lemstra dat vragen rond aansturing, schaalgrootte en financiering van de openbare gezondheidszorg dringend aan de orde gesteld moeten worden, en in samenhang gezien moeten worden met belendende zorgvelden om te komen tot de vorming van functionele zorgnetwerken op lokaal niveau. Daarbij blijkt dat schaalgrootte-discussie en regio-indeling op één terrein (bijvoorbeeld de infectieziektenbestrijding) niet los gezien kan worden van die op aanpalende zorgterreinen (huisartsen, ziekenhuizen, RIAGG, thuiszorg).

Op de raakvlakken tussen intramurale en extramurale zorg doet zich de vraag voor hoe, in het licht van de handhaving van de AWBZ en het tweede compartiment, de ontwikkeling van de transmuralisatie het best gestalte kan krijgen. Hierbij dient transmuralisatie in brede zin te worden opgevat, waarbij aspecten van preventie, cure en care aan de orde komen.

Op deze wijze zijn er in de keten aan zorgvoorzieningen die een persoon gebruikt vele momenten van doorverwijzing en afstemming, waarbij een steeds grotere behoefte bestaat aan flexibele netwerken in de zorgverlening die functioneel zijn ingericht en afgestemd op de behoefte van de zorggebruiker.

##### **Vragen**

Bij het ontwikkelen van een ontwerp voor dergelijke functionele zorgnetwerken op lokaal niveau doen zich de volgende deelvragen voor:

- Op welke wijze kan gekomen worden tot functionele netwerken van zorgvoorzieningen (preventie, behandeling en verzorging) die lokaal/regionaal georganiseerd zijn en



die in samenhang en samenwerking effectief, doelmatig en patiëntgericht functioneren?

- Welke consequenties heeft dit voor aansturing, financiering, taken en bevoegdheden?
- In hoeverre zijn de verschillen in regio-indeling voor de diverse zorgterreinen hierbij een belemmerende factor? Is afstemming of aanpassing gewenst en mogelijk?

Gezien de breedte van deze adviesaanvraag valt te overwegen het advies in deeladviezen op te leveren, waarbij elk van de deeladviezen een onderdeel van het zorgcontinuüm omvat. Daarbij gelieve voorrang te geven aan: a) het onderdeel collectieve preventie in samenhang met cure, care en overige preventieactiviteiten; en b) de samenhang tussen intra- en extramurale zorg, en tussen lang- en kortdurende zorg. Daarbij moet een balans gevonden worden tussen het bewaken van de samenhang binnen het gehele zorgveld enerzijds en anderzijds het uitvoerbaar houden van de adviesopdracht.

## **Uit deel 2 Werkprogramma 1998 RVZ: Redesign van functionele lokale zorgnetwerken voor preventie, behandeling en verzorging**

### **Relatie openbare gezondheidszorg - curatieve zorg**

#### *Achtergronden*

Dit deeladvies vloeit voort uit het kabinetsstandpunt over het rapport van de Commissie-Lemstra.

Openbare en curatieve gezondheidszorg hangen zorginhoudelijk samen. Het zijn desondanks verschillende (be)sturingssystemen. Dit zo zijnde, is de vraag hoe beide systemen in de randvoorwaardelijke sfeer goed op elkaar kunnen worden aangesloten (bijvoorbeeld qua schaalgrootte en regio-indeling). Het gaat dan onder meer om de infectieziektebestrijding.

De Raad kan daarbij het gehele zorgveld betrekken, inclusief RIAGG en algemeen ziekenhuis.

Het onderscheid collectieve - individuele zorg speelt hier ook een rol. Relevante wetgeving voor de advisering: WCPV, WVG, AMvB Indicatiestelling, AWBZ/ZFW.

#### *Beleidsvragen*

1. Aan welke vormvereisten qua organisatie en uitvoering moeten deze functionele lokale zorgnetwerken voldoen?
2. Hoe kan de rijksoverheid in samenwerking met lokale overheden bevorderen dat collectieve en openbare zorg enerzijds, individuele en curatieve gezondheidszorg anderzijds onderdeel gaan vormen van functionele lokale zorgnetwerken?
3. Aan welke randvoorwaarden dient te zijn voldaan, willen deze netwerken effectief, doelmatig en patiëntgericht zijn?

#### *Functie advies en programmering*

Voor het ministerie van VWS heeft dit onderwerp prioriteit (zie het Adviesprogramma). De Raad zal aan dit deeladvies voorrang geven en het in april 1998 uitbrengen.



## **Bijlage 2**

### **Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

**Voorzitter:**

Prof. drs. J. van Londen

**Leden:**

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

**Algemeen secretaris:**

Drs. P. Vos



## **Bijlage 3**

### **Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

#### **Betrokken raadsleden, klankbordgroep en RVZ-medewerkers**

##### **Raadsleden:**

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout  
Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

##### **Samenstelling klankbordgroep:**

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout  
Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong  
Drs. P.C.M. van Dijk, arts  
Drs. C.H. Huisman, arts  
Prof. dr. L.J. Krol  
Prof. dr. P.J. van der Maas  
Prof. drs. E.W. Roscam Abbing  
Drs. P. Wijnsma

##### **Ambtelijke projectgroep:**

J.B.J. Drewes, arts, projectleider  
Mw. drs. H.A.C. Dokter, projectmedewerker  
Drs. J. van Hasselt, projectmedewerker  
Mw. M.F.S. Martinez, projectsecretaresse



## Bijlage 4

### Definitie openbare gezondheidszorg

Van wat onder openbare gezondheidszorg (ogz) moet worden verstaan, is voor de Nederlandse situatie geen sluitende, algemeen aanvaarde definitie voorhanden. Een brede opvatting is, dat de term openbare gezondheidszorg het Nederlandse equivalent is van de internationale term *public health*. In een smalle definitie is ogz overheidsgezondheidszorg.

In dit advies wordt een brede definitie voor ogz gehanteerd. Twee gangbare definities van public health zijn:

- "Public health is concerned with defining the problems facing communities in the prevention of illness and thus studies of disease aetiology and promotion of health. It covers the investigation, promotion, and evaluation of optimal health services to communities and is concerned with the wider aspects of health within the general context of health and the environment" (Holland, e.a. 1984).
- "Public health is one of the efforts organized by society to protect, promote and restore the people's health. It is the combination of sciences, skills, and beliefs that is directed to the maintenance and the improvement of the health of the people through collective or social actions" (Last, 1988).

Ten eerste gaat het dus bij public health en openbare gezondheidszorg om de organisatie van kwalitatief goede voorzieningen op het vlak van de *collectieve preventie* (gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en ziektepreventie).

In de Nederlandse situatie is de (lokale) overheid nauw betrokken bij de planning en uitvoering van collectieve preventie. Onder collectieve preventie wordt daarbij verstaan:

*Interventies om de gezondheid van de bevolking of specifieke groepen daaruit te beschermen en te bevorderen, en om ziektes op (sub)populatienniveau te voorkómen.*

Voor een belangrijk deel is deze collectieve preventie thans wettelijk aan de gemeentelijke overheid opgedragen, krachtens de WCPV. Hierbij kan zij echter bepaalde erkende taken overlaten aan onderdelen van de curatieve zorg. Daarnaast is het mogelijk dat bepaalde onderdelen van de collectieve preventie op initiatief van het veld van de curatieve zorg worden opgezet en uitgevoerd. Het gaat daarbij om programmatische preventie gericht op de gehele bevolking of omschreven subpopulaties. Voor een deel is de taak-

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg



verdeling bij AMvB bij de WCPV geregeld. In sommige gevallen is collectieve preventie (ook) onderwerp van andere wettelijke regimes, zoals de Wet op het bevolkingsonderzoek en de Wet Infectieziektenbestrijding. Er moet dus onderscheid gemaakt worden tussen collectieve preventie binnen en buiten het WCPV-kader.

Belangrijkste terreinen van deze collectieve preventie zijn de infectieziektenbestrijding, de jeugdgezondheidszorg (JGZ), de gezondheidsbevordering door voorlichting, de advisering en training (GVO), het bevolkingsonderzoek en de gezondheidsbescherming. Voor al deze onderdelen geldt, dat ook het veld van de gezondheidszorg bij de uitvoering in meerdere of mindere mate is ingeschakeld, behalve bij de gezondheidsbescherming.

Ten tweede betekent ogz ook dat de overheid zijn verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van kwalitatief goede voorzieningen (cure en care) waarmaakt. In Nederland is de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen geregeld via het stelsel van ziektekostenverzekering en via aanbodregulerende wetgeving (WZV, WTG). Directe bemoeienis van de (lokale) overheid met verdeling en toewijzing van voorzieningen vindt echter plaats via de sociaal-medische advisering, bij de voorzieningen gehandicapten (WVG) en de Algemene Bijstandswet, en de integrale onafhankelijke indicatiestelling (Wet op de bejaardenoorden, AWBZ). Over het algemeen initieert en exploiteert in de huidige situatie de overheid niet zelf deze voorzieningen.

Een terrein waarop de (lokale) overheid wel initiatief neemt in het tot stand brengen van bepaalde voorzieningen en deze eventueel ook zelf uitvoert, is gelegen in de zorg voor specifieke groepen, zoals verslaafden, dak- en thuislozen en illegalen, vanuit de traditionele *vangnetfunctie*. Maar ook het veld van de curatieve gezondheidszorg kan bij deze zorg ingeschakeld zijn. Daarnaast zijn er nog enkele wettelijke regimes, waarbij aan de gemeentelijke overheid het treffen van beschermende maatregelen is opgedragen, zoals de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken en de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen.

Andere wettelijke regimes, waarin de gemeentelijke overheid maatregelen dient te treffen, maar dit niet verplicht via de GGD hoeft te doen zijn (voor zover niet al ergens anders genoemd):

- Wet ambulancevervoer (ambulancehulpverlening, centrale meldpost);

- Wet op de lijkbezorging (lijkschouwing);
- Wegenverkeerswet (onderzoek alcoholmisbruik); en het
- Wetboek van Strafrecht (arrestantenzorg, onderzoek slachtoffers).

Geëxpliciteerde overheidsverantwoordelijkheid is terug te vinden in al genoemde wetgeving. Het gaat om zorg of zorgtoewijzing, die op basis van een wettelijk imperatief wordt verleend, of om activiteiten, welke onder democratische controle verricht moeten worden.

In het algemeen houdt men de gemeentelijke overheid ook verantwoordelijk voor de zogenaamde vangnetfunctie, voor die terreinen, die (nog) geen wettelijke regeling kennen. Het bestaan van deze verantwoordelijkheid kan vaak goed worden afgeleid uit het feit, dat wanneer de interventie of het initiatief niet tot stand komt, de overheid daarop in de publieke opinie en in politieke zin wordt aangesproken.

Ten slotte gaat het bij ogz om het voeren van een gezondheidsbevorderend en -beschermend beleid op andere terreinen dan de gezondheidszorg: *facetbeleid*, *intersectoraal beleid* of *integraal beleid* op terreinen als arbeid, milieu, wonen, onderwijs.

Het bevorderen en bewaken van gezondheidsbelangen op andere beleidsterreinen lijkt wel een prerogatief van de overheid. Het in algemene zin voeren van facetbeleid zal zich immers vooral afspelen op het vlak van de politieke beleids- en besluitvorming, en de uitvoering daarvan. Belangrijke middelen daarbij zijn onder meer de toepassing van gezondheidseffectscreening en intersectorale of integrale beleidsvorming. Het is echter niet uitgesloten, dat ook maatschappelijke organisaties, al dan niet in het leven geroepen op instigatie van de overheid, op dit vlak actief zijn. Daarbij zijn de initiatieven vaak gericht op de bestrijding één bepaalde ziekte. Voorbeelden hiervan voor de Nederlandse situatie zijn het AIDS-fonds, het KWF, de Stichting Volksgezondheid en roken en het Ivoren Kruis.

Deze houden zich naast voorlichting soms ook bezig met beleidsaspecten in andere sectoren, die aan de bestrijding van de desbetreffende ziekte kunnen bijdragen.

## Bijlage 5

### Gesignaleerde problemen bij de uitvoering van ogz

In het onderstaande wordt een korte samenvatting gegeven van gesignaleerde knelpunten op het gebied van de ogz in een aantal recente publicaties van de overheid en anderen. Daarbij wordt waar mogelijk aangegeven in hoeverre de gesignaleerde problemen te maken hebben met een gebrek aan functionele samenhang, afstemming en coördinatie, en onheldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling. Achtereenvolgens worden besproken:

- Het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg: Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie, oktober 1995.
- Het rapport van de commissie-Lemstra, november 1996.
- Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie; de plaats en de taken van de GGD, 1997.
- Jeugdzorg 1998 - 2001.
- De nota infectieziektenbestrijding, 1997.
- De Staat van de Gezondheidszorg 1997.

Opgemerkt moet worden, dat voor een deel van het in 2.2 gekozen domein geen recente probleemanalyses voor handen zijn. Dat geldt met name voor het terrein van de gezondheidsbevordering, de zorg voor verslaafden en voor dak- en thuislozen, de zorg voor illegalen en het terrein van de verdeling van voorzieningen.

#### **Rapport Inspectie voor de Gezondheidszorg: Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie, oktober 1995**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft op verzoek van de Tweede Kamer in 1995 een (enquête-)onderzoek gedaan naar de wijze waarop gemeenten inhoud geven aan de hun krachtens de WCPV toebedeelde bestuurlijke verantwoordelijkheid op het gebied van de collectieve preventie. Het onderzoek wijst uit dat er grote verschillen bestaan in de mate waarin gemeentebesturen bij collectieve preventie betrokken zijn. Deze diversiteit komt onder meer tot uiting in de contacten met de GGD op verschillende bestuurlijke niveaus, in de onderbouwing van de keuzes voor beleidsdoelstellingen, in de gelden die aan collectieve preventie worden besteed en in het facetbeleid. De verschillen kunnen niet simpelweg worden verklaard uit structurele kenmerken, zoals de grootte van de GGD of het aantal gemeenten in het verzorgingsgebied van een GGD. Veelal ontbreekt bij gemeenten een visie op gezondheidsbeleid en zijn geen duidelijke afspraken gemaakt met

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

GGD's over producten en diensten. Er is vaak een eenzijdige kijk op gezondheidsproblemen, in een aantal gevallen beperkt tot verslavingsproblematiek. Facetbeleid is op het lokale niveau slecht ontwikkeld. Vijfenzeventig procent van de geënquêteerde gemeenten betreft de GGD niet expliciet bij de gezondheidskundige afweging van beleidsvoornemens. Gemeenten bezuinigen doorgaans op de kosten van GGD's.

Samengevat bevat het rapport de volgende conclusies:

1. Het ontbreekt in Nederland aan een algemeen gedragen opvatting over plaats en inhoud van de openbare gezondheidszorg. Er is daardoor nauwelijks een referentiekader voor de noodzakelijke gedachtewisseling tussen bestuurders en uitvoerders.
2. Er is een grote diversiteit in betrokkenheid van gemeentebesturen bij collectieve preventie. Hierbij bestaat geen duidelijke relatie met kenmerken van de gemeente.
3. Collectieve preventie en gezondheidsbeleid nemen als afzonderlijk beleidsveld in het bestuurlijk krachtenveld een bescheiden plaats in.
4. Gemeenten formuleren meestal niet zelf een beleidsplan gezondheidszorg of collectieve preventie. Initiatieven gaan vaak uit van de GGD. Het lijkt erop dat de GGD de gemeente op dit vlak aanstuurt, in plaats van andersom.
5. Lokaal gezondheidsbeleid is meestal slechts reactief, ook in sector-overstijgend opzicht.
6. GGD's krijgen doorgaans minimale financiering.
7. Facetbeleid in gemeenten is zwak ontwikkeld. Er is onvoldoende draagvlak voor een expliciete en systematische gezondheidskundige beoordeling van voornemens op andere beleidsterreinen.
8. Er is binnen gemeenten onvoldoende sprake van een adequate inhoudelijke beleidsevaluatie en -bijstelling.
9. Er is zowel van bestuurlijke als van uitvoerende zijde behoefte aan meer centrale sturing van de collectieve preventieve zorg.

### **Commissie-Lemstra**

Het boven genoemde rapport van de inspectie was voor de minister van VWS aanleiding tot het instellen van een Commissie Versterking Collectieve Preventie (commissie-Lemstra). Deze

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

commissie bracht in 1996 het advies: *Gemeentelijk Gezondheidsbeleid; Beter op zijn plaats* uit. De commissie neemt in grote lijnen de door de inspectie genoemde conclusies als uitgangspunt. Ze voegt er enkele andere problemen aan toe. In de eerste plaats de problematiek van de samenwerking tussen verschillende overheidslagen: overheidstaken laten zich niet zonder moeite in medebewind behartigen. Verticale samenwerking is niet altijd vanzelfsprekend. De onderlinge taakverdeling tussen rijks- en gemeentelijke overheid is bestuurlijk weliswaar geregeld via de WCPV, maar inhoudelijk nog onvoldoende uitgewerkt. Bovendien krijgen in de aandacht van het Rijk voor gemeenten zorg en opvang onvoldoende prioriteit. Ook horizontale samenwerking tussen verschillende gemeenten is soms problematisch. De democratische legitimiteit van het gemeenschappelijk regelen staat vaak ter discussie. Ook hebben gemeenten te weinig ervaring in het beleidsmatig benutten van gemeenschappelijke samenwerking.

Verder is de relatie tussen beleid en uitvoering soms problematisch. Gesteld wordt dat de overheid moeite kan hebben om verantwoording te dragen voor uitvoerende werkzaamheden die niet op korte termijn tot zichtbare resultaten leiden en voor het formuleren van beleid dat direct raakt aan de individuele verantwoordelijkheid van burgers.

Een ander probleem zit in de niet altijd heldere relatie tussen het (politieke) bestuur en de (ambtelijke) professional. Ook voor de gemeentelijke overheid geldt dat er niet altijd voldoende vaardigheden beschikbaar zijn voor het managen van hooggekwalificeerde professionals. Een specifiek probleem geldt de onduidelijke relatie tussen sectoraal beleid en facetbeleid.

Ook wordt geconstateerd, dat er een structurele verbinding moet zijn van de gemeentelijke overheid met de opdracht die andere actoren vervullen, waaronder de ziektekostenverzekeraar en de andere zorgactoren. Als problematisch worden verder initiatieven beschouwd die erop gericht zijn GGD's te privatiseren. In de visie van de commissie moeten GGD's ambtelijke diensten blijven.

### **Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie; de plaats en taken van de GGD**

In de recente overheidsstukken met betrekking tot het preventiebeleid en de betrokkenheid van de gemeenten daarbij worden de knelpunten uit de rapportages van de inspectie en de commissie-

Lemstra onderschreven (TK 22 894, nrs 13, 14 en 16).

Hier en daar worden de problemen geëxpliciteerd:

- De onduidelijkheid over de financiële kaders voor collectieve preventie in relatie tot de wettelijke taken. Inzicht ontbreekt in de financiële middelen die via het gemeentefonds ter beschikking worden gesteld voor collectieve preventie.
- De constatering dat een aantal GGD's problemen heeft met de aansturing, het management en de financiering. Onduidelijk blijft om hoeveel GGD's het gaat en van welke orde van grootte de problemen zijn. Het onlangs ingestelde Platform openbare gezondheidszorg moet onder meer deze managementsproblemen zichtbaar maken en er oplossingsrichtingen voor aangeven. Verder heeft het platform taken in het formuleren van een gemeenschappelijke visie op lokaal gezondheidsbeleid en in het bewaken van de samenhang tussen de verschillende beleidsterreinen die van invloed zijn op het brede terrein van de openbare gezondheidszorg.
- De vaststelling dat het gemeentelijke gezondheidsbeleid, voorzover hiervan al gesproken kan worden, vaak niet wordt geformuleerd in samenspraak met de GGD. Gemeenten blijken GGD's voornamelijk vanuit begrotingstechnische invalshoek te beschouwen.
- Onduidelijkheid over de gewenste inhoud van gemeentelijk gezondheidsbeleid. Collectieve preventie en gezondheidsbeleid nemen in veel gevallen slechts een bescheiden plaats in binnen de gemeentelijke beleidsvorming. In dit kader heeft de Minister de aanbeveling van de commissie-Lemstra overgenomen om in overleg tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/consumenten te komen tot opstelling van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. In deze nota moet naast een beschrijving van de door gemeenten op het terrein van de gezondheidszorg uit te voeren taken een expliciete relatie gelegd worden tussen dit terrein en de overige beleidsterreinen van de gemeente, met het oog op het faciliteren van facetbeleid. De Minister overweegt de verplichting tot het door gemeenten opstellen van een dergelijke nota gezondheidsbeleid op te nemen in de WCPV
- De geconstateerde behoefte aan meer landelijke sturing op onderdelen van de collectieve preventie en verheldering van de wettelijke taken. In haar brief van 20 mei 1997 (TK 22 894, nr. 13) heeft de Minister de verantwoordelijkheden van het Rijk op het terrein van de collectieve preventie helder aangegeven. Deze betreffen:
  1. het vaststellen van landelijke inhoudelijke prioriteiten;

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

2. het regelen van de financiering in algemene zin en het garanderen dat landelijke inhoudelijke prioriteiten gefinancierd worden;
3. het vaststellen van een landelijk programma voor de uitvoering van het onderzoek;
4. het in stand houden en verbeteren van de landelijke ondersteuningsstructuur en bewaking van de inbedding van preventie;
5. het maken van wet- en regelgeving voor de ethische en juridische randvoorwaarden van preventie;
6. het bevorderen van de effectiviteit, kwaliteit en efficiency van preventieve maatregelen;
7. het bevorderen van de bescherming van de bevolking;
8. het bevorderen van departementale en internationale samenwerking;
9. het uitoefenen van toezicht.

De landelijke verantwoordelijkheid voor preventie zal mogelijk wettelijk worden verankerd in de WCPV.

- De behoefte aan de formulering van een landelijk uniform pakket basistaken bij collectieve preventie. Het gaat hier om het helderder formuleren van de reeds in de WCPV opgedragen taken. Een viertal werkgroepen heeft zich over specifieke basistaken gebogen: infectieziekten, jeugdgezondheidszorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, en bevorderingstaken. Verder zijn er twee invitational conferences gehouden over medische milieukunde en technische hygiënezorg. Het uiteindelijke pakket aan basistaken is onafhankelijk van lokale omstandigheden. Het zal mogelijk voor een deel wettelijk worden vastgelegd. Een en ander laat onverlet dat gemeenten, waar zij dit wenselijk achten, een additioneel pakket van maatregelen kunnen vaststellen. De werkgroepen hebben een lijst met dergelijke 'plustaken' opgesteld.
- De behoefte aan het aangeven van een minimale schaalgrootte voor GGD's, met het oog op het kunnen uitvoeren van een breed en samenhangend pakket van activiteiten. Een probleem is dat de bij een schaalgrootte behorende financiële middelen vaak niet in volle omvang beschikbaar komen. Naast schaalgrootte gaat het ook om een minimumniveau van dienstverlening. Een adequate financiering van GGD's moet worden nagestreefd.
- De onduidelijkheid over de gewenste relatie tussen gemeente(n) en GGD. De Minister is met de commissie-Lemstra van oordeel dat de GGD niet op afstand van de gemeente moet komen te staan en derhalve een ambtelijke dienst moet blijven.

### **Jeugdzorg 1998-2001**

Voor wat betreft de jeugdgezondheidszorg is een aantal overheidsnotities van belang. Het gaat om de stukken onder de titel 'Jeugdzorg 1998-2001' (TK 25 619, nrs 3-5), een titel met een onjuiste terminologie, aangezien het handelt over de jeugdgezondheidszorg (JGZ), en jeugdzorg een veel breder begrip omvat. Aan deze notities liggen onder meer evaluatieonderzoeken van de JGZ ten grondslag (Meulmeester 1993, Burgmeijer 1996). Zowel de evaluatierapporten, als de overheidsnotities noemen een aantal knelpunten. Een van deze knelpunten geldt het ontbreken van een beleidsmatige afstemming tussen de 0 tot 4-jarigenzorg en de zorg voor 4 tot 19-jarigen. Oorzaken voor het ontbreken van deze afstemming zijn vooral omissies in de organisatie van de samenwerking tussen thuiszorgorganisaties en GGD's en in mindere mate het bestaan van gescheiden financieringsstromen.

Verder wordt, ondanks de beschikbare omschrijvingen van basistaken voor de zorg voor 0 tot 4 jaar, respectievelijk 4 tot 19 jaar, een grote diversiteit geconstateerd in de uitvoering van deze zorg. Enige variatie wordt op zich gewenst geacht, maar de omvang van de huidige variatie is te groot. Er is met name een onaanvaardbaar groot verschil in het aantal consulten, preventieve gezondheidsonderzoeken en screenings en in de momenten waarop deze onderzoeken plaatsvinden. Deze variatie kan onvoldoende verklaard worden uit verschillen in de lokale of regionale gezondheidssituatie. Mede om deze reden is besloten tot het door een Werkgroep Basistaken Jeugdgezondheidszorg laten ontwikkelen van een standaardbasispakket JGZ, waarmee alle kinderen in Nederland als basis een gelijkwaardig product JGZ zullen krijgen aangeboden. Dit standaardbasispakket, dat kan worden ontwikkeld op basis van de reeds bestaande zorgpakketten 'Zorgen voor jeugd. Basispakket' voor 4 tot 19-jarigen en 'Zorgpakket Ouder en Kindzorg' voor 0 - 4, zal juridisch verankerd worden in de WCPV respectievelijk een aanvulling op de AWBZ. Het standaardbasispakket kan door de Inspectie voor de Gezondheidszorg als toetssteen worden gebruikt. De implementatie van het basispakket zal deel uit maken van de voor het jaar 2000 voorgenomen evaluatie van de collectieve preventie.

Zoals ook voor andere zorgterreinen het geval is, geldt voor de JGZ als knelpunt dat gemeenten onvoldoende samenwerking tot stand brengen met andere partijen binnen de zorg en in onvoldoende mate een integraal beleid voeren. Via de voorgenomen opstelling van een



gemeentelijke nota gezondheidsbeleid, zoals elders aangegeven, zal voor de JGZ afstemming moeten plaatsvinden tussen de JGZ en lokale projecten rond preventief jeugdbeleid, jeugdzorg en onderwijsbeleid en de lokale functionele zorgnetwerken, met andere woorden wederzijdse afstemming van zorg- en jeugdbeleid. De JGZ zal van genoemde gemeentelijke nota gezondheidsbeleid een wezenlijk en herkenbaar onderdeel moeten uitmaken.

Momenteel ontbreekt een effectief mechanisme voor bijsturing van de uitvoering van de JGZ. Ook om deze reden wordt het ontwikkelen van een standaardbasispakket JGZ een nuttige aangelegenheid gevonden.

Er bestond twijfel over de gewenste onbelemmerde toegankelijkheid van de JGZ. De 4 tot 19-jarigenzorg is zonder drempel toegankelijk, maar voor de 0 tot 4-jarigenzorg werd sinds enige tijd een toegangsbijdrage van f 55,- gehanteerd. De vrees bestond dat door deze bijdrage de toegang tot de zorg voor mensen met lage inkomens werd bemoeilijkt. De toegangsbijdrage gold niet voor de vaccinaties in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma.

Het opheffen van de stimuleringsregeling voor de VTO-samenwerkingsverbanden in 1994, betekende dat de reguliere zorg zelf verantwoordelijk is voor het in stand houden van de VTO-steunstructuur. Daarmee heeft deze structuur een zekere afbrokkeling te zien gegeven. Weliswaar participeren nog veel thuiszorgorganisaties en GGD's in een VTO-samenwerkingsverband, maar de algehele deelname aan de VTO-activiteiten is verminderd. Een verdere afname van de samenwerking ligt in de verwachtingen.

#### **Nota infectieziektenbestrijding**

De nota Infectieziektenbestrijding (TK 25 295, nr 2) heeft als conclusie dat er momenteel een samenhangende infrastructuur bestaat voor de infectieziektenbestrijding, die geen hiaten kent. Wel is er een aantal punten dat nadere aandacht vereist. Het gaat om:

- blijvende aandacht voor 'emerging' infectieziekten (HIV/AIDS, Lyme-ziekte, darminfecties door enterohemorragische E. coli-stammen, Ebola en infecties met multiresistente micro-organismen) en 're-emerging' ziekten (tuberculose, streptococceninfecties, kinkhoest). Bij deze emerging en re-emerging infectieziekten speelt een aantal factoren een rol: veroudering van de bevolking met daling van de individuele en

- collectieve afweer; toenemende migratie en mobiliteit; leefstijlveranderingen; schaalvergroting in voedselproductie; medische ontwikkelingen (toename immunosuppressie) en resistentie-ontwikkeling;
- vervanging van de oude Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekte-oorzaken door de nieuwe Infectieziektenwet, waarmee onder meer een belangrijke vereenvoudiging van procedures wordt beoogd;
  - handhaven van de hoge vaccinatiegraad in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma en verbeteren van de vaccinatiegraad bij onder meer allochtonen en bevindelijk gereformeerden;
  - handhaven en vergroten van de microbiologisch diagnostische expertise. Het gaat met name om het revitaliseren van de streeklaboratoria en het verbeteren van de samenwerking tussen deze laboratoria en het RIVM, alsook tussen deze laboratoria en de GGD's. Er dient een netwerk gevormd te worden voor het in stand houden en versterken van de benodigde expertise;
  - handhaven en uitbouwen van de surveillance van infectieziekten. In dit verband is verdere implementatie van het Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem van belang;
  - vergroten van de beschikbare capaciteit voor medisch microbiologische expertise. Er is een dreigend tekort aan medisch microbiologen. Verder dient de kennis op het terrein van infectieziekten bij artsen werkzaam in GGD's en bij verpleeghuisartsen en geriaters te worden verbeterd;
  - aandacht voor het handhaven van de structuur voor outbreak-management. Sinds 1995 functioneert voor dit doel de Landelijke Coördinatiestructuur voor de Infectieziektenbestrijding, en voor de Reizigersadvisering;
  - aandacht voor de toenemende ongevoeligheid van micro-organismen voor antibiotica. Surveillance van resistentie en het bevorderen van een restrictief voorschrijfbeleid (onder meer via de SWAB = Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid, die richtlijnen formuleert voor een nationaal antibioticum formularium en deskundigheidsbevordering nastreeft onder de verschillende medische specialismen), zowel in de humane geneeskunde als bij de diergeneeskunde (onder meer via de werkgroep Antibioticumbeleid van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde), zijn belangrijke aandachtspunten;
  - aandacht voor verdere preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties. Belangrijke aspecten zijn een adequate registratie van ziekenhuisinfecties (door het PREZIES-project = Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance, van CBO en RIVM),

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

- het verder formaliseren van infectiebestrijdingsbeleid, het vergroten van de capaciteit voor isolatie in ziekenhuizen, het verhogen van de formatie voor ziekenhuishygiënisten;
- bijzondere aandacht voor kinkhoest, influenza, polio, tuberculose, hepatitis B, difterie, prionziekten, voedselinfecties, Lymeziekte, AIDS en seksueel overdraagbare aandoeningen.

### **Staat van de gezondheidszorg 1997**

#### *Algemeen*

De in november 1997 door de Inspectie voor de gezondheidszorg uitgebrachte 'Staat van de gezondheidszorg '97' is bedoeld om, samen met de 'Staat van de gezondheidsbescherming' en de 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning' een regelmatig te actualiseren stand van zaken te bieden voor wat betreft de hoofdlijnen van het beleid op het terrein van de volksgezondheid. Uit eerst genoemde publicatie is voor dit overzicht vooral het hoofdstuk over public health en preventie van belang. Hierin wordt een beeld gegeven van dit beleidsterrein, worden ontwikkelingen geschetst en knelpunten gesignaleerd. Wat deze knelpunten betreft gaat het vooral om punten van kwalitatieve aard. Voor een belangrijk deel hebben de knelpunten betrekking op de zorg verleend door GGD's. In algemene zin wordt opgemerkt dat een groot aantal GGD's niet over de minimale deskundigheid beschikt, zoals deze wordt voorgeschreven in de WCPV. Dit geldt vooral waar het gaat om de preventieve tandzorg en de medische milieukunde. In ongeveer de helft van de GGD's wordt nog niet actief gewerkt aan verbetering van het facetbeleid. Het kwaliteitsbeleid binnen de GGD's bevindt zich nog in ontwikkeling. Kwaliteitswerkplannen voor de gehele dienst komen nog weinig voor, ongeveer eénderde van de GGD's heeft werkplannen op afdelingsniveau.

#### *Infectieziektenbestrijding*

Op het gebied van de infectieziektenbestrijding, waarbij het accent krachtens de WCPV ligt bij de gemeenten, doen zich volgens de inspectie de volgende knelpunten voor:

- de gemeentelijke verantwoordelijkheid is onvoldoende wettelijk onderbouwd. De WCPV stelt alleen eisen ten aanzien van de specifieke infectieziekten: tbc, soa en aids;
- er is onvoldoende afstemming tussen RIVM en andere laboratoria over de diagnostiek van infectieziekten en het onderhouden van de noodzakelijke expertise. Er is onvoldoende garantie dat in Nederland adequate microbiologische expertise aanwezig is en blijft;
- op regionaal niveau is er onvoldoende samenwerking tussen

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

- GGD en medisch microbiologen. Het netwerk van streeklaboratoria moet nieuw leven ingeblazen worden en de samenwerking met de GGD's dient verbeterd te worden;
- er is onvoldoende samenhang in de bestrijding van resistentie tegen antimicrobiële middelen. Het ontbreekt aan adequate uniforme landelijke richtlijnen en monitoring.

#### *Jeugdgezondheidszorg*

Voor de sector Jeugdgezondheidszorg noemt de inspectie geen specifieke knelpunten. Wel wordt tussen de regels door een aantal problemen duidelijk. In de eerste plaats geldt dit de feitelijke scheiding tussen de 0 tot 4-jarigenzorg en de 4 tot 19-jarigenzorg. De continuïteit van de JGZ kan hierdoor belemmerd worden en de kans op hiaten is groot. Om voornamelijk pragmatische redenen wordt een opheffing van deze scheiding vooralsnog niet nagestreefd.

Voor de 0 tot 4-jarigenzorg is in 1995 door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg een Zorgpakket Ouder- en Kindzorg geformuleerd. Een jaar na introductie hiervan heeft 40% van de thuiszorgorganisaties een aanbod dat hieraan voldoet. Een klein aantal organisaties zegt het pakket niet aan te zullen bieden, meestal om financiële redenen.

Ook voor de 4 tot 19-jarigenzorg bestaat overeenstemming over een basispakket zorg: Basispakket Zorgen voor Jeugd (1994). Ondanks dit basispakket blijkt er een grote mate van diversiteit te bestaan in de uitvoering van de JGZ. Ruim 50% van de GGD's biedt zorg volgens dit standaardpakket.

Bij de toegankelijkheid van de JGZ wordt voor wat betreft de 0 tot 4-jarigenzorg gewezen op het mogelijke knelpunt van de eigen bijdrage (de toegangsbijdrage). De minst draagkrachtigen zouden in een aantal gevallen reeds afzien van zorg of zouden geen uitnodiging meer ontvangen voor bezoek aan het consultatiebureau. Een ander probleem in de toegankelijkheid betreft de mogelijke taalbarrière bij allochtonen. De recente sluiting van omvangrijke aantallen consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters door de thuiszorg heeft volgens een inspectieonderzoek niet geleid tot een onaanvaardbare afname van de toegankelijkheid van de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 4-jarigen.

Er is een aantal evaluatie-onderzoeken verricht naar de JGZ. Uit 1992 dateert het onderzoek naar de 0 tot 4-jarigenzorg

(de Winter 1992). Hierin werd geconcludeerd dat de primaire preventie een hogere prioriteit moest krijgen. Verder werd onder meer het belang van een betere samenwerking binnen de JGZ 0 tot 19 jaar bepleit, alsook een intensievere samenwerking met curatieve zorg, verloskundige zorg en gemeentelijke overheid. Mede op basis van dit onderzoek werd het boven genoemde basis-zorgpakket geformuleerd.

In 1993 vond evaluatie plaats van de WCPV (van Geenhuizen 1993). In dat kader werd ook de 4 tot 19-jarigenzorg bekeken. Er bleken grote verschillen te bestaan tussen de verschillende gemeenten in de taakuitvoering van en de personele bezetting voor de JGZ 4 tot 19 jaar. Uit onderzoek van de inspectie in 1993 naar de JGZ 4-19 jaar bleek dat veel afdelingen JGZ nog geen visie hadden op hun takenpakket. De daadwerkelijke zorgverlening was vaak niet goed in overeenstemming met het geformuleerde beleid. Epidemiologie en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding werden nog weinig structureel ingezet. Er waren grote verschillen in het aantal beschikbare deskundigen en niet elke dienst had alle benodigde deskundigheden in huis. Een sluitend systeem van kwaliteitswaarborging ontbrak overal.

Het meest recente onderzoek betreft een studie uit 1996 van KPMG en TNO-PG (Burgmeijer 1996), waarin geconstateerd werd dat er over het geheel genomen weinig veranderd is ten opzichte van 1993. Wel bestaat er een redelijke continuïteit in de individuele zorg voor 0 tot 19-jarigen en in de zorg voor kinderen uit risicogroepen. Positief is de invoering in 1996 van het integrale dossier JGZ ter verbetering van de afstemming tussen de 0 tot 4-jarigenzorg en de 4 tot 19-jarigenzorg. Registratie van verrichtingen vindt momenteel door veel diensten plaats. Deze registratie werkt echter nog onvoldoende door in de beleidsvorming.

#### *Bevolkingsonderzoek*

Met betrekking tot het bevolkingsonderzoek noemt de Staat van de Volksgezondheid als knelpunt het bereik ervan. Voor het bevolkingsonderzoek op borstkanker wordt het bereik adequaat bevonden, zeker als uitbreiding plaatsvindt van de leeftijdsgrens van 70 naar 75 jaar. Voor screening op baarmoederhalskanker wordt als zorg uitgesproken dat juist vrouwen die een hoger risico lopen door promiscue en onbeschermd seksueel contact zich beduidend minder vaak laten screenen dan wordt aanbevolen.

#### *Openbare geestelijke gezondheidszorg*

Het inspectierapport geeft aan dat binnen GGD's de openbare geestelijke gezondheidszorg meestal niet als aparte organisatorische eenheid herkenbaar is. De taken zijn over verschillende afdelingen verspreid. Niet alle GGD's voeren taken op het gebied van de psychohygiëne uit. De activiteiten in deze taken blijken heel divers te zijn: voorlichting aan jongeren over leefstijl en riskant gedrag, opsporing van suïcidaal gedrag en opsporing van depressies en dementie bij ouderen.

#### *Gezondheidszorg asielzoekers*

Als knelpunten in de gezondheidszorg voor asielzoekers worden genoemd de organisatie van de zorg, de voorwaarden waaronder die zorg wordt verleend en de situatie in de opvangcentra. Daarbij wordt gesteld dat de gezondheidszorg maar gedeeltelijk in staat is die problemen te ondervangen. Een specifiek probleem is het vinden van de juiste zorg voor patiënten met een bijzondere medische voorgeschiedenis. Soms is het onmogelijk asielzoekers op te nemen in een huisartsenpraktijk. Niet alleen de complexiteit van de problematiek, maar ook de omvang van de patiëntengroep vormt een knelpunt voor de hulpverlening door de RIAGG's. Een bijzonder probleem is verder de afstemming tussen preventieve zorg, met name screening op tbc en andere importziekten en curatieve zorg, waarbij vaak een gebrek aan continuïteit van zorg bestaat. Er is een gebrek aan duidelijke afspraken tussen GGD's en de reguliere zorg op dit gebied.



## Bijlage 6

### Ogz door de curatieve zorg

OGZ in het werk van de curatieve zorg. Het werk in de curatieve sector heeft raakvlakken met de ogz. Hoewel de activiteiten in de curatieve sector in de meeste gevallen primair gericht zijn op een goede diagnostiek en behandeling van reeds bestaande klachten, wordt in enkele takken van deze sector van oudsher ook aandacht besteed aan aspecten van preventie en gezondheidsbevordering. Het meest duidelijk geldt dit voor de beroepsuitoefening door de huisarts. Ook tandartsen en mondhygiënist voeren duidelijk herkenbare preventieve taken uit. Een belangrijk deel van de preventie en gezondheidsbevordering binnen de curatieve sector vindt plaats in het directe patiëntencontact. Strikt genomen is hierbij geen sprake van ogz (casuïstische of opportunistische preventie). Een ander, qua omvang aanzienlijk kleiner deel van de preventieactiviteiten voldoet wel aan belangrijke criteria voor ogz: groepsgerichtheid en programmatische opzet.

#### Preventie in het werk van de huisarts

Preventieve activiteiten behoren sinds 1983 officieel tot het basistakenpakket van de huisarts. Het gaat zowel om persoonsgerichte preventie als om gestructureerde preventieve zorg en surveillance van risicogroepen. Verder wordt signalering van gezondheidsbedreigende factoren, zowel ten aanzien van de individuele patiënt als ten aanzien van de samenleving als een taak in dit kader opgevat. De mate waarin door huisartsen invulling aan deze taken wordt gegeven is in de loop van de jaren toegenomen. Waar het gaat om programmatische preventie van moeten het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker en de vaccinatiecampagne tegen influenza genoemd worden. De stimulering van preventieactiviteiten door beroepsgroep (LHV/NHG) en overheid is een belangrijke factor bij de toegenomen aandacht van huisartsen voor al dan niet programmatische preventie binnen hun praktijkvoering.

In het individuele patiëntencontact vormt thans ook gerichte gezondheidsadviesing over bijvoorbeeld roken, overgewicht, lichaamsbeweging, cholesterol en SOA-preventie bij spreekuurcontacten een belangrijke preventieactiviteit van de huisarts. Deze activiteit past als zodanig in de in sommige kringen voorgestane 'Minimal Intervention Strategy'. Dit geldt ook voor opportunistische preventie in de zin van casefinding, bijvoorbeeld met betrekking tot hypertensie en cholesterol.



Ook bij de follow-up van screenings in de JGZ speelt de huisarts een cruciale rol. Verwijzing voor verdere diagnostiek en behandeling loopt immers altijd over de huisarts. Er bestaat op een aantal punten inhoudelijk verschil van mening of dit wel zo'n gunstige werkwijze is tussen de JGZ enerzijds en de huisartsen anderzijds, met name ten aanzien van visus- en gehoorproblemen.

Het NIVEL voerde een internationaal vergelijkend onderzoek uit naar taken van huisartsen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat Nederlandse huisartsen, in het veld van Europese landen, gekenschetst kunnen worden als tamelijk voorzichtig bij het uitvoeren van preventie. Afgezien van de relatief hoge betrokkenheid bij cervixscreening, een gevolg van de organisatie van het betreffende bevolkingsonderzoek in Nederland, verricht de Nederlandse huisarts aanzienlijk minder preventieve activiteiten als bloeddrukmeting en bloed-cholesterolonderzoek dan huisartsen in veel andere Europese landen. Van Schayck (1998) stelt in zijn recente inaugurele rede vier essentiële vragen om te bepalen of huisartsen tot preventie moeten overgaan:

- Is er een interventie die doelmatig, doeltreffend en in de huisartsenpraktijk haalbaar is?
- Bestaat er een welomschreven hoogrisicogroep?
- Wegen voor de patiënt de kosten - in de zin van tijdsinvestering, risico's van diagnostiek en behandeling, emotionele belasting, etc. - op tegen de kans om de ziekte ook daadwerkelijk te krijgen?
- Is er binnen de beroepsgroep voldoende consensus over de toepassing van dit preventieve programma (bijvoorbeeld neergelegd in NHG-standaarden)?

### **Preventieve activiteiten in het werk van tandarts en mondhygiënist**

Preventie maakt een belangrijk onderdeel uit van het werk van tandarts en mondhygiënist. De door deze beroepsbeoefenaren uitgevoerde preventieve activiteiten zijn evenwel voor het grootste deel gericht op individuele patiënten. Een aanzienlijk deel van de werkzaamheden bestaat uit het geven van voorlichting en advies, bijvoorbeeld over fluorgebruik en over tandverzorging. Verder zijn preventieve handelingen als fluoride-applicatie en tandsteenverwijdering van belang.

Aandacht voor tandheelkundige preventie ten behoeve van groepen vindt plaats in het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Deze wet draagt gemeenten op om bij de GGD

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

tandheelkundige expertise te realiseren (WCPV, art. 6,1,e) en om taken in het kader van de collectieve preventie van gezondheidsrisico's voor jeugdigen uit te voeren (WCPV, art. 3). Voorzien in de benodigde expertise kan gebeuren in de vorm van de aanstelling bij de GGD van een tandarts of mondhyginiste. De taken wat betreft de jeugd tandzorg zijn in het Besluit collectieve preventie volksgezondheid nader uitgewerkt (art. 6,2, e t/m g). Het gaat om het uitvoeren groepsgerichte preventieve tandheelkundige zorg inclusief tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en verder om het systematisch bevorderen van een zo groot mogelijke participatie van jeugdigen aan de tandzorg. Tenslotte moeten gemeenten een structuur tot stand brengen waarbinnen personen en instellingen die taken vervullen in de curatieve en preventieve jeugd tandzorg de daaruit voortvloeiende werkzaamheden op elkaar kunnen afstemmen. Onderzoek van de Inspectie voor de volksgezondheid in 1995 toonde aan dat door 42% van de GGD's nog niet voldaan werd aan de wettelijke eisen met betrekking tot de noodzakelijke deskundigheid en de uitvoering van de preventieve tandzorg.

Door het Ivoren Kruis is in samenwerking met de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde een projectplan 'Mondzorg in de regio' ontworpen, waarmee getracht wordt de regionale collectieve tandheelkundige preventie te stimuleren.

#### **Preventie in het werk van andere beroepsbeoefenaren**

Ook voor andere beroepsgroepen geldt dat preventie en gezondheidsbevordering onderdeel kunnen uitmaken van het handelen. In veruit de meeste gevallen betreft dit echter individugerichte, casuïstische preventie. Te denken is bijvoorbeeld aan het geven van preventieadviezen door medisch specialisten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten en verloskundigen aan patiënten die naar deze hulpverleners zijn verwezen. Op groepen gerichte preventieve activiteiten komen voor in de vorm van zwangerschapsgymnastiek, genetische advisering, screening van zwangeren op rhesus-antagonisme, hepatitis B en lues, opvoedings- en oudercursussen, ouderengymnastiek en meer bewegen voor ouderen, tilcursussen en ruggescholen door fysiotherapeuten en oefentherapeuten en in de vorm van voedingsvoorlichting aan ouderen of andere groepen door diëtisten. Ook wijkverpleegkundigen waren in het recente verleden intensief bij preventief gerichte cursussen betrokken, maar door de toenemende werkdruk in curatieve zin is dit aandeel binnen hun werk sterk verminderd. In de strikte zin van het woord is bij sommige van de genoemde

preventieve activiteiten geen sprake van programmatische preventie omdat het veelal ontbreekt aan onder meer een systematische opzet en follow-up. Potentieel bestaat de mogelijkheid voor uitbreiding van deze gerichte preventieve activiteiten, wanneer werkdruk en financiering dat toestaan. Tevens zouden dit soort preventieve activiteiten programmatischer opgezet kunnen worden.

### **Preventie door instellingen voor gezondheidszorg**

Ook door instellingen voor gezondheidszorg zoals ziekenhuizen, thuiszorg en RIAGG's worden preventieve activiteiten uitgevoerd of aangeboden. Voor een deel gebeurt dit in meer of minder geformaliseerd verband, zoals bij de JGZ 0-4, de voedingsvoorlichting en de GVO door de thuiszorg en de ggz-preventie door de RIAGG's.

Enkele ziekenhuizen bieden ook preventieactiviteiten aan ten behoeve van het publiek. Dit geldt bijvoorbeeld voor het Havenziekenhuis in Rotterdam, alwaar men beschikt over een zogenoemde 'travel clinic'. Bij deze voorziening kunnen reizigers advies krijgen over noodzakelijke of aan te bevelen vaccinaties. Bedoelde vaccinaties kunnen hier ook worden verkregen. Verder kan men er terecht met vragen over ziekteverschijnselen die een gevolg kunnen zijn van buitenlandse reizen, alsook voor de behandeling van daadwerkelijke klachten.

Een ander terrein waarop ziekenhuizen nauw betrokken zijn bij preventie is de follow-up van screening. Selectie bij screening vraagt meestal een uitgebreide verdere diagnostiek. De meeste ziekenhuizen beschouwen deze follow-up als een regulier deel van hun zorg en treffen hiervoor geen aparte voorzieningen. Sinds kort bestaat bij het Reinier de Graaff-ziekenhuis een aparte mammapoli, waar de eerste follow-up van een verdacht mammoogram uit het bevolkingsonderzoek in korte tijd en patiëntvriendelijk wordt geëvalueerd. Deze mogelijkheid zou zeker uitgebreid kunnen worden en ook kunnen worden toegepast voor ander screeningsonderzoek.

In veel ziekenhuizen en verpleeghuizen wordt specifiek aandacht besteed aan het voorkomen van klachten bij patiënten die het gevolg zijn van de opname. Naast genoemde ziekenhuisinfecties gaat het vooral ook om het voorkomen van decubitus bij langdurig of permanent bedlegerige patiënten. Ook belangrijk zijn maatregelen ter voorkoming van hospitalisatieverschijnselen.

### **Gezondheidsbescherming door ziekenhuizen**

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

Als indirecte, zowel op individuen als op groepen gerichte preventieve activiteit kan verder worden aangemerkt het door specialisten toepassen van een restrictief voorschrijfgedrag met betrekking tot antibiotica. De ratio hiervoor is het zoveel mogelijk voorkomen van resistentie-ontwikkeling voor belangrijke antibiotica. Bij ziekenhuizen is bijvoorbeeld te denken aan preventieve maatregelen gericht op het voorkomen van ziekenhuisinfecties in het algemeen en specifieke maatregelen met het oog op bijvoorbeeld de behandeling van patiënten met meticilline resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA). Maatregelen met het oog op MRSA en de eerdergenoemde resistentie-ontwikkeling maken vaak onderdeel uit van het aandachtsterrein van de antibiotica-commissie in het ziekenhuis. Momenteel beschikt ongeveer 40% van de ziekenhuizen over een dergelijke commissie.



## Bijlage 7

### 25 jaar ogz-beleid

In onderstaand overzicht van de recente geschiedenis van de ogz wordt per 'beleidsperiode' aangegeven welke beleidsinitiatieven er zijn ondernomen. Daarbij is het tijdvak vanaf 1974 ingedeeld in twee perioden: de periode waarin sprake is van een sterk geloof in de maakbaarheid van de samenleving en de gezondheidszorg (1974-1986, van Hendriks tot en met de WVG). In deze periode is sprake van een reorganisatie van het zorgstelsel die overwegend door de overheid wordt geleid. Daarna komt een periode, waarin het besef dat vernieuwingen en veranderingen meer stapsgewijs gaan centraal staat. Overheidssturing maakt daarbij in toenemende mate plaats voor deregulering, decentralisatie en marktwerking (1987- heden, vanaf Dekker's Bereidheid tot verandering tot nu).

#### De periode 1974-1986

De Structuurnota Gezondheidszorg van 1974 bracht veel discussie teweeg over de organisatie van de gezondheidszorg en de rol van de overheid. De toenmalige staatssecretaris Hendriks wilde de gesignaleerde knelpunten in de zorg oplossen door wetgeving waarbij de invloed van het openbaar bestuur op de gezondheidszorg zou toenemen. Daarnaast werd een herstructurering van de gezondheidszorg bepleit door echelonnering en regionalisering.

Versterking van de extramurale zorg en preventie kwamen op de politieke agenda. "Het nadrukkelijk onderscheiden en vervolgens in zijn ontwikkeling stimuleren van de basisgezondheidszorg als collectief preventieve gezondheidszorgsector werd met deze nota in gang gezet." (Van de Water, p. 16).

In de Structuurnota wordt een landelijk net van regionale 'openbare gezondheidsdiensten' met een zo uniform mogelijk takenpakket bepleit (preventie, specifieke ziektebestrijdingsprogramma's en informatie verzameling). De gezondheidszorg in de regio zou bestuurd worden door een 'regionaal orgaan', waarin de lagere overheid samen met het veld zou participeren. De openbare gezondheidsdienst was als het ware voorbestemd om de bureaufunctie van het regionale bestuursorgaan voor de gezondheidszorg te vervullen (De epidemiologische taak van de Basisgezondheidsdiensten, p. 19).

In de discussie met de Tweede Kamer bleek destijds dat er ernstige bezwaren waren tegen de sterke identificatie van 'openbare' gezondheidszorg met 'overheids'-gezondheidszorg. Het

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

waren de VVD en de confessionele partijen die op de bres sprongen voor het particulier initiatief. Zij pleitten voor zorgvuldige maatstaven bij de taakverdeling tussen overheid en particulier initiatief en stonden op het standpunt dat een openbare gezondheidsdienst pas een taak mag krijgen als vast is komen te staan dat deze taak niet even goed of beter door particuliere organisaties kan worden uitgevoerd (Idem, p. 22).

In 1976 wordt het ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) ingediend. In deze wet zijn artikelen opgenomen over het instellen van openbare gezondheidsdiensten per regio en over hun taken. De opsomming van taken is, in vergelijking met de gedachten uit de Structuurnota, voorzichtig: alleen het verzamelen en analyseren van epidemiologische gegevens en enkele traditionele, wettelijke taken zijn opgenomen. Wel is het mogelijk bij AMvB andere taken op het terrein van de openbare gezondheidszorg toe te voegen. De confessionele partijen en de VVD vinden dit nog te weinig terughoudend (Idem, p. 24).

De term 'basisgezondheidsdienst' werd ter vervanging van de term 'openbare gezondheidsdienst' in 1979 door de toenmalige staatssecretaris Veder-Smit geïntroduceerd. De basisgezondheidsdienst is de van een of meer gemeenten uitgaande dienst, die werkzaamheden uitvoert in het basisechelon en bovendien de uitvoering van aan de gemeente bij wet opgedragen taken vervult. Vanaf dit moment gaan de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD, ook wel GG&GD) en de districtsgezondheidsdiensten DGD ook wel DG&GD) 'basisgezondheidsdiensten' heten. Deze termen burgeren niet in; een kleine tien jaar later, in 1988 maakten diensten en gemeenten hun voorkeur voor de term GGD formeel kenbaar (Van de Water, p. 20).

In 1980 verschijnt de Schets Basisgezondheidsdiensten. Deze schets gaat vooral over het takenpakket. In de politieke discussie staat de PvdA tegenover de VVD en het CDA. De PvdA pleitte voor twee taken: de coördinatie van de basisgezondheidszorg volgens een gemeentelijk volksgezondheidsplan en de uitvoering van taken overeenkomstig dit plan. Het CDA en de VVD vinden dat de uitvoering van taken op het terrein van de basisgezondheidszorg zoveel mogelijk door het particulier initiatief moet gebeuren.

De WVG werd in 1982 door de Eerste Kamer aangenomen; tot die tijd is de toedeling van taken aan de basisgezondheidsdiensten

onderwerp van politieke discussie geweest. In de 8 jaar na de Structuurnota was duidelijk geworden dat de basisgezondheidsdiensten geen ondersteunende bureaus voor het regionale bestuur zouden worden, geen regionale informatiecentra zouden zijn en dat zij geen monopolie zouden krijgen op het terrein van de collectieve preventie, de GVO en de specifieke ziektebestrijdingsprogramma's.

Voor de financiële stimulering trad in 1982 de 'Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten' in werking. Deze regeling hield in dat de rijksoverheid geld ter beschikking stelde om nieuwe basisgezondheidsdiensten op te richten. Dat resulteerde in het beoogde landelijk dekkende netwerk van basisgezondheidsdiensten. Ook stelde de regeling geld beschikbaar per inwoner voor 'APGZ': algemene preventieve gezondheidszorg.

In de nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen uit 1983 wordt onverkort gepleit voor een versterking van preventie, niet in de laatste plaats overigens vanuit overwegingen van kostenbeheersing.

De Nota 2000 uit 1986 pleit voor een accentverlegging van gezondheidszorgbeleid naar gezondheidsbeleid. In deze nota is de invloed van de Canadees Lalonde herkenbaar. Hij formuleerde als eerste voor Canada de gezondheidsproblemen en gezondheidsdoelen. Als minister van volksgezondheid maakte hij duidelijk dat het gezondheidszorgsysteem niet de enige en belangrijkste bepalende factor voor de volksgezondheid is. Er zijn vier groepen van factoren van invloed op volksgezondheidsproblemen: medisch-biologische factoren, omgevingsfactoren (fysiek en sociaal), gedrag en gezondheidszorg. Het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid van 1989 werkt dit uiteindelijk nog nader uit. Gemeentebesturen wordt een belangrijke rol toebedacht bij het realiseren van de uitgangspunten uit de Nota 2000. De heroriëntatie op gezondheid is ook in het beleid van de WHO richtinggevend. Gezondheidsbevordering komt centraal te staan, dit heeft onder andere vorm gekregen in de zogenaamde Healthy Cities beweging. Maar inmiddels was er politiek en beleidsmatig een andere wind gaan waaien, die grote invloed op de verdere gang van zaken zou hebben.

#### **De periode 1987-heden**

In 1987 verschijnt het rapport Bereidheid tot verandering van de commissie-Dekker: de eigen waarde van preventie wordt hierin benadrukt en het doel kostenbeheersing verdwijnt van de voorgrond. Kernelementen in Dekker's rapport zijn de versterking van

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg



marktgerichtheid, een krachtig substitutiebeleid, een herziening van het verzekeringsstelsel en financiering op basis van functies in plaats van voorzieningen.

In 1988 antwoordt het ministerie op Dekker in de nota Verandering verzekerd. Uit deze nota blijkt onder meer dat het kabinet voor de gemeenten een belangrijke rol ziet weggelegd op het terrein van het openbare gezondheidsbeleid. Verder wordt gesteld dat de functie van de basisgezondheidsdiensten bij de uitvoering van de preventieve zorg in opzet beperkt van aard is. Gezien het bijzondere karakter van de preventieve zorg zegt het kabinet de specifieke verantwoordelijkheid van de overheid daarvoor te erkennen, vooral ook ten aanzien van de samenhang tussen de preventieve en overige zorg, opdat geen gescheiden circuits ontstaan. Hoezeer het ministerie in die tijd in de ban was van het 'functiedenken' illustreert het volgende citaat: "Om die reden stemt het kabinet in met het advies van de commissie-Dekker om de preventieve zorg als functie in het basispakket op te nemen. Daarbij zal, zo wordt gesteld, uiteraard een functionele benadering worden gevolgd." Wat hiermee in feite wordt bedoeld blijft echter een raadsel (Van de Water, p. 93).

Per 1 januari 1989 wordt de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) van kracht. Deze wet vervangt de betreffende artikelen uit de - onder invloed van de voorstellen tot herziening van het stelsel in de gezondheidszorg - ingetrokken WVG. Via de WCPV decentraliseert de rijksoverheid een aantal taken naar de gemeenten en verplicht zij gemeentebesturen om voor de uitvoering van deze taken een basisgezondheidsdienst in stand te houden. In feite geeft de wet een opsomming van taken voor de gemeentebesturen, zij moeten o.a.:

- de continuïteit en de samenhang van collectieve preventie bevorderen en deze afstemmen op de curatieve gezondheidszorg;
- ter verwezenlijking hiervan zorg dragen voor: het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking; het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen; het bevorderen van de hygiëne; het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, inclusief GVO;
- zorg dragen voor de uitvoering van de collectieve preventie betreffende infectieziekten en jeugdigen vanaf 4 jaar, voorzover dit bij AMvB is bepaald.

'Basisgezondheidsdiensten' worden vanaf begin 1989 via het Gemeentefonds gefinancierd. Een aantal voorheen geldende centrale subsidieregelingen zoals stimulering basisgezondheidsdien-

sten, jeugd tandzorg, jeugd gezondheidszorg, niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding, regionale samenwerkingsverbanden gezondheidsvoorlichting en -opvoeding kwam toen te vervallen. Deze overgang van centrale financiering en doeluitkeringen naar een algemene uitkering via het Gemeentefonds, zo kort na de nota Verandering verzekerd, heeft veel vragen opgeroepen. Weliswaar paste deze maatregel in het streven de financiële verhoudingen tussen Rijk en lagere overheden te vereenvoudigen, maar de invloed die de rijksoverheid via de WCPV kan uitoefenen was volgens sommigen veel te gering geworden (Van de Water, p. 94).

In oktober 1992 zendt staatssecretaris Simons de nota 'Preventiebeleid voor de volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren '90' naar de Tweede Kamer. Deze nota is gebaseerd op een aantal adviezen, voorstellen en studies (van de Gezondheidsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de LHV-NHG, het landelijk centrum GVO en de STG). Preventie staat nog steeds hoog op de politieke agenda en er gebeurt al veel, daarom beperkt de nota zich tot voorstellen voor vernieuwing en versterking van het beleid. Het belang van preventie wordt breed onderkend, de opgave is nu de concrete uitwerking. Onderzoek naar effectiviteit en doelmatigheid verdient stimulans, evenals een betere ondersteuning. Ontwikkelingsgebieden zijn volgens de nota de eerste lijn en het facetbeleid. Daarmee wordt voor het eerst officieel erkend, dat de curatieve zorg taken heeft in de collectieve preventie.

De nota meldt tevens dat de bestuurlijke vernieuwing van de zorg gevolgen zal hebben voor preventie: het overheidsoptreden kan worden gekarakteriseerd als een combinatie van terugtreden en selectief optreden (p. 14). Voor het veld betekent dit dat zij steeds meer in onderling overleg preventieprogramma's uitvoeren. De lokale overheden ontwikkelen programma's. Eind 1995 deelt de Minister de Kamer mee dat het Staatstoezicht heeft gerapporteerd en dat de resultaten zorgen baren: er wordt onvoldoende betrokkenheid van de gemeenten geconstateerd. De Minister stelt de commissie-Lemstra in. Deze commissie krijgt als taak een bijdrage te leveren aan de het ontwikkelen van een visie op lokaal gezondheidsbeleid en aan het voorbereiden van de vertaling hiervan naar een breed gedragen actieprogramma (TK 22 894, nr. 10).

De commissie Versterking Collectieve Preventie Volksgezondheid

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

onder voorzitterschap van de heer Lemstra is op 2 mei 1996 ingesteld en heeft op 21 november 1996 gerapporteerd. Eerst moet er meer helderheid komen in de verantwoordelijkheden van Rijk en gemeenten op het gebied van de collectieve preventie voordat de aanbevelingen van deze commissie kunnen worden opgevolgd, zo schrijft de Minister (20 mei 1997/TK 22 894, nr. 13, p. 2). Die helderheid gaat zij verschaffen.

Wat de Minister in feite doet, is het geven van een inhoudelijke argumentatie bij de keuzen die in 1989 gemaakt zijn voor het decentraliseren van verantwoordelijkheden van het rijk naar de gemeenten. Deze keuzen werden in die tijd hoofdzakelijk beargumenteerd vanuit 'stelselargumenten': decentralisatie als reactie op het verminderde vertrouwen in de maakbaarheid van de samenleving, verhogen van de doelmatigheid en kosteneffectiviteit, etc. Aan de gemaakte keuze op zich wil zij *niet* tornen omwille van de inhoud: de gemeente staat dicht bij de burgers, en kan dus facetbeleid optimaal vormgeven. Wel wil de Minister beter gaan vastleggen wat er precies verwacht wordt van de gemeenten op het gebied van de collectieve preventie. Zo moeten ze onder andere een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid maken en uitvoeren en meer gaan samenwerken met partijen en andere gemeenten. Ook wil zij de WCPV aanpassen om beter tot uitdrukking te laten komen dat het bij preventie gaat om de gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk, waarbinnen ieder zijn eigen taken vervult.

Vervolgens worden de verantwoordelijkheden van het Rijk geformuleerd. Deze zijn, in vergelijking met de nota uit 1992 iets uitgebreid; formuleerde Simons nog acht landelijke taken, Borst maakt er negen van en legt andere accenten. Nieuwe taken zijn bijvoorbeeld 'het bevorderen van de bescherming van de bevolking', 'het maken van wet- en regelgeving om de ethische en juridische randvoorwaarden van preventie goed vast te leggen' en 'het bevorderen van departementale en internationale samenwerking' (zie bijlage 5).

Over de uitvoering van de collectieve preventietaken door de GGD's merkt de Minister op dat de WCPV wel "...een zeer ruim kader geeft voor de verplichtingen van de gemeenten" (p. 5). Zij wil specifiekere afspraken over *taken* en *minimumniveau van dienstverlening*. Voorts stelt zij dat de overheid verantwoordelijk is voor de openbare (geestelijke) gezondheidszorg en dat zij op dit moment de volle verantwoordelijkheid moet blijven dragen voor de gemeentelijke gezondheidsdienst; van privatisering van de

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

GGD's wil de Minister vooralsnog niets weten (p. 5).

Het rapport van de commissie-Lemstra vormt het begin van een beleidsproces waarin de functie van de openbare gezondheidszorg voor de toekomst wordt verheldert; het actieprogramma 'versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid' moet in 2000 zijn afgerond. Onderdeel van dit actieprogramma is o.a. de adviesaanvraag aan de RVZ. De samenhang met de 'aanpalende' sectoren, zoals de curatie, de ggz en het lokale sociale beleid krijgt in de toekomstvisie op de ogz een nadrukkelijker plaats, zo belooft de Minister in haar slotparagraaf (p. 10).

Op 3 juli 1997 informeert de Minister de Kamer wederom over de voortgang van de uitvoering van het actieprogramma uit de notitie Preventiebeleid voor de volksgezondheid en over de financiering van preventieactiviteiten (TK 22 894, nr. 14 en 15). Op 9 februari 1998 stuurt de Minister wederom een voortgangsrapportage naar de Tweede Kamer. Inmiddels werken alle betrokkenen met de nodige voortvarendheid aan het actieprogramma 'versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid', laat de Minister weten. Het ministerie van VWS fungeert als programmamanager en werkt nauw samen met de VNG en de LVGGD. Er is een Platform openbare gezondheidszorg ingesteld voor de duur van twee jaar om een visie op de ogz en mogelijke verbeterinterventies te ontwikkelen.

Om de aan de gemeenten opgedragen taken te verhelderen hebben vier werkgroepen, onder leiding van een stuurgroep, basispakketten geformuleerd. Aan verbetering van de informatievoorziening en verscherping van het toezicht is eveneens gewerkt.

In de door de politieke partijen gestelde vragen over het preventiebeleid (16 maart 1998/TK 22 894, 25 619) valt het volgende op:

- de VVD fractie signaleert dat er tussen nationale regie en lokale autonomie op gezondheidsgebied een spanning kan liggen;
- een landelijk uniform pakket van basistaken collectieve preventie zal in de wet een verplichtend karakter krijgen als het aan de Minister ligt;
- in de visie van de Minister op de ogz komt vaak het woord 'samenhang' voor (p. 14, 19);
- de wijze waarop preventie wordt ingebed in de infrastructuur van de reguliere zorg is nog erg vaag (p. 17);
- het woord 'zorgnetwerken' krijgt een welhaast mythische status: als er maar sprake is van een zorgnetwerk komt alles goed (p. 33).

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

### **Samenvattend**

De eerste periode die hierboven is beschreven kenmerkt zich door een sterke wens tot regulering vanuit de centrale overheid. Centraal stond de wens de invloed van het openbaar bestuur op de gezondheidszorg te vergroten. Dit is niet gelukt, het politieke klimaat was er niet naar en het specifieke klimaat van de gezondheidszorg, met zijn private uitvoering, leende zich er niet voor.

Dit betekende voor de openbare gezondheidszorg, waarvoor - zoals alle partijen erkennen - de overheid de primaire verantwoordelijkheid draagt, twee zaken:

1. Het adagium van de bij voorkeur private uitvoering van de openbare gezondheidszorg en de (collectieve) preventie blijft in de eerste periode door alle perikelen heen steeds gehandhaafd; in de tweede periode is niet meer sprake van een absolute voorkeur, maar wel wordt van private uitvoering op sommige onderdelen nog steeds veel verwacht.
2. Er heeft, toen de WVG niet doorging en een stelselherziening in het verschiet lag, een nogal onverhoedse decentralisatie van verantwoordelijkheden van het rijk naar gemeenten plaatsgevonden, welke later niet meer teruggedraaid wordt.

In de tweede periode is en wordt alle mogelijke moeite ondernomen om deze abrupte overgang te verzachten. Dit gebeurt onder andere door de diverse overheidsverantwoordelijkheden te verduidelijken en door de positie van de GGD's te versterken. Ook wordt er een begin gemaakt met het hanteerbaar maken van de spanning tussen de 'reikwijdte' van de overheidsverantwoordelijkheden en die van de 'private uitvoering'. Deze spanning leidt er immers vaak toe dat aan de ogz aanpalende terreinen, zoals de curatieve zorg, de ggz en het sociale beleid, zich geheel vrijblijvend of maar in beperkte mate verantwoordelijk voelen voor taken op het gebied van de ogz. Dat leidt tot gemiste kansen en tot op sommige terreinen een voortdurend problematische situatie.



## Bijlage 8

### Motieven voor publiek-private samenwerking in de ogz

De openbare gezondheidszorg staat internationaal gezien in Nederland op een hoog peil. Toch is er sinds de invoering van de Wet collectieve preventie volksgezondheid in 1989 steeds kritiek op het functioneren van de ogz geweest, zoals verwoord in de rapporten waaruit de adviesaanvraag is voortgekomen. Hier zal niet ingegaan worden op al deze kritiekpunten, zoals het gebrek aan gemeentelijke betrokkenheid, de spanning tussen landelijke en lokale prioriteitsstelling, en het gebrek aan uniformiteit. De aanpak van deze problemen vindt via andere wegen plaats (lokaal gezondheidsbeleid, platform ogz en de formulering van basispakketten) en komt in het advies slechts in de voorwaardelijke sfeer aan de orde. Dit advies richt zich in de analyse en het beleid voor de toekomst vooral op het gesignaleerde gebrek aan samenhang met de rest van de gezondheidszorg.

De Raad heeft zich afgevraagd, welke factoren ertoe hebben bijgedragen, dat er nu een gebrek aan samenhang rond de ogz wordt ervaren. Daarbij worden vijf mogelijke factoren onderkend:

- voortschrijdende fragmentatie en segmentering in de gezondheidszorg;
- steeds grotere behoefte aan een meer programmatische aanpak in de ogz;
- de indruk dat mogelijkheden van de private gezondheidszorg onbenut blijven voor de ogz;
- de privatisering en decentralisatie in de gezondheidszorg;
- de onderkenning dat met name op het terrein van de ogz andere belangrijke invloeden op de gezondheid dan de zorg onvoldoende in het beleid op landelijk en lokaal en regionaal niveau worden betrokken.

Op zich zijn deze factoren niet exclusief voor de ogz, maar spelen zij op vele terreinen van het gezondheidszorgbeleid. Maar binnen de context van de ogz, en zeker vanuit een meer algemene public health-benadering in het gezondheidsbeleid kennen zij wel duidelijk eigen accenten. Daarom worden zij hier aan een nadere beschouwing onderworpen.

#### Fragmentatie en segmentering

De gezondheidszorg kenmerkt zich door een steeds grotere diffe-

rentiatie in activiteiten en functies. Deze differentiatie is ook uitgekristalliseerd in de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Steeds grotere specialisatie en functiedifferentiatie leidt tot een verkaveling van hulpverleningsactiviteiten. Vanuit de beroepsgroepen wordt dit proces vaak bevorderd in het streven naar specialisatie en kwaliteitsverhoging. Met name in de zeventiger jaren werd dit proces ook beleidsmatig aangewakkerd door een sterke behoefte aan ordening en planning. Zo is de gezondheidszorg steeds meer opgedeeld in functie- en objectspecifieke onderdelen (echelonnering en sectoralisatie). Dit had in die jaren ook een belangrijke functie. Er ontstond daardoor een helderder indeling en een scherpere identiteit van de onderdelen van de gezondheidszorg, en van daaruit was een betere afstemming, stroomlijning, planning en volumebeheersing mogelijk.

Belangrijke winstpunten uit deze ontwikkeling zijn:

- vestiging van een getrappt systeem van curatieve zorg, middels de poortwachtersfunctie van de huisarts;
- ontstaan van aparte sectoren voor verschillende problematiek (GGZ, gehandicaptenzorg, ouderenzorg, thuiszorg, ogz) waarbinnen betere integratie met andere beleidsterreinen (wonen, werk, maatschappelijke dienstverlening, psychische begeleiding, inspraak en democratisering) mogelijk is;
- overgang van financiering uit subsidie en particuliere fondsen/gelden naar sociale zekerheidsfinanciering met een evenwichtiger en uitgebreider realisering van het recht op zorg;
- mogelijkheden voor professionalisering en kwaliteitsverbetering op deelterreinen, die tot dan toe achtergebleven waren (bv. caresector, preventie).

Naast deze winstpunten zijn er echter ook minpunten te signaleren in deze ontwikkeling. Deze zijn na enige tijd ook wel onderkend en vaak onderwerp geweest van tussentijdse restauratie. De afgelopen jaren is het streven naar integratie en het herstel van ten onrechte doorgesneden verbindingen door deze sterk doorgevoerde differentiatie terug te vinden in de trajecten Biesheuvel (integratie in de curatieve zorg), Welschen (integratie in de ouderenzorg) en MFE-vorming (integratie in de ggz). Vergelijkbare beleidsmatige ontwikkeling zijn nu ook ingezet op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg (Redesign van de eerste lijn) en de openbare gezondheidszorg (Integratie van curatie en preventie, dit advies).

In de ogz en de collectieve preventie is dit proces iets anders

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg



verlopen. De sector was van meet af aan gedeeltelijk al meer sectoraal, zij het niet exclusief. Enerzijds heeft een afsplitsing van ogz-taken bij traditioneel geventueerde organisaties plaatsgevonden, zoals het kruiswerk. Anderzijds zijn er zowel vanuit de beroepsgroepen, als vanuit het beleid initiatieven ontstaan om cure en care (weer) te combineren met collectieve preventie en ogz-taken, zoals het meest uitgesproken bij huisartsen en praktijk- en wijkverpleegkundigen. Soms ook bestaat er een langjarige handhaving van de status quo (kraamzorg) of nagenoeg volledig overlaten van de ogz aan het veld (tandzorg).

In de zeventiger jaren is geprobeerd de pluspunten te gelde te maken en de minpunten te neutraliseren middels echelonnering en regionalisatie. Maar dat vereiste een dermate strak systeem van planning en overheidsregulering dat dit in de uitwerking niet haalbaar bleek. Vervolgens is getracht langs vooral verzekerings-technische maatregelen de noodzakelijke samenhang aan te brengen: functionalisatie, integratie financieringswijze met wegneming schotten tussen van elkaar afhankelijke zorgvormen, en functionele en territoriale decentralisatie.

Op dit moment wordt de oplossing van het gebrek aan samenhang en afstemming echter vooral gezien in keten- en netwerkvorming. Het aangaan van functionele samenwerkingsverbanden, soms dwars door gegroeide organisatorische verbanden heen, wordt als dé oplossing gezien om de door specialisatie en differentiatie gegroeide fragmentatie en segmentatie te doorbreken en de negatieve gevolgen daarvan teniet te doen.

### **Meer programmatische opzet en afstemming van de ogz**

De ogz, en daarbinnen met name de collectieve preventie, is in de afgelopen decennia sterk geprofessionaliseerd. Ook dat geldt voor de hele gezondheidszorg, waar sprake is van een ontwikkeling naar een meer evidence based zorgverlening. Voor de ogz worden eisen van een gerichte, wetenschappelijk onderbouwde aanpak steeds nadrukkelijker geformuleerd. De zorg moet een programmatische opzet kennen, dat wil zeggen opgezet zijn vanuit een duidelijke doelstelling, doelgroepbepaling en met een vooraf geijkte methodologie en systematiek. Programma's worden ontworpen op epidemiologische basis, waarbij uit onderzoek is komen vast te staan, dat de interventie kansrijk is. Het verloop en het resultaat van de interventie worden steeds meer standaard aan periodieke wetenschappelijke evaluatie onderworpen.

Vaak dienen deze programma's echter uitgevoerd te worden in een goed afgestemd samenspel van preventieve en curatieve uitvoering. Zo worden bevolkingsonderzoek, infectieziektenbestrijding, een belangrijk deel van de jeugdgezondheidszorg en spoedeisende hulpverlening alleen succesvol in een goed samenspel van de ogz en de curatieve sector. Maar ook op het gebied van de care is afstemming tussen de ogz en een breed scala aan voorzieningen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, van groot belang in het kader van een integraal beleid en continue zorgverlening, met name op het terrein van de ouderen- en gehandicaptenzorg en de zorg voor gemarginaliseerde groepen.

### **Benutten en herstellen van private ogz-mogelijkheden**

De relatie van de openbare gezondheidszorg met de rest van de gezondheidszorg kent een lange geschiedenis. Een globale gang door deze geschiedenis leert dat er steeds wisselende verhoudingen hebben bestaan in de mate waarin ogz-taken door de overheid, dan wel door het veld van de gezondheidszorg werden uitgevoerd. Dit heeft enerzijds te maken met de steeds wisselende opvattingen over de wenselijkheid van overheidsbemoeienis met de uitvoering van gezondheidszorg, anderzijds met de specifieke nieuwe volksgezondheidsproblemen die zich in een bepaald tijdsgewricht voordoen, en waarop vanuit de overheid, dan wel de (openbare) gezondheidszorg een snel antwoord geformuleerd moet worden. Daarbij is meestal de overheid als eerste aan zet, mede onder druk van de politiek en de publieke opinie.

Veel initiatieven op het terrein van de openbare gezondheidszorg zijn aan het eind van de vorige en begin deze eeuw tot stand gekomen op basis van particulier initiatief. Dit initiatief lag vaak bij artsen, historisch aangeduid als radicaal-hygiënist. Het toen politiek heersende paradigma van staatsonthouding was mede debet aan deze ontwikkeling. Pas in het begin van deze eeuw gingen de landelijke en gemeentelijke overheid zich gaandeweg meer bemoeien met taken op het terrein van de ogz, mede onder druk van de groeiende armoedeproblematiek in de grote steden en de onveiligheid in de opkomende nieuwe industrieën. Daarbij lag vaak ook een belangrijk accent op het van overheidswege leveren van curatieve zorg aan minvermogenden. Met de uitbreiding en wettelijke vastlegging van het stelsel van sociale ziektekostenverzekering is dit element uit de openbare gezondheidszorg nagenoeg verdwenen, waardoor ogz beperkt werd tot de taken zoals wij die ook nu nog kennen: collectieve protectie, preventie en promotie, opvang van gemarginaliseerden, en taken waarbij overheidsregulering en

invloed onontbeerlijk is, zoals bij spoedeisende hulpverlening en forensische geneeskunde.

In een later stadium zijn daar weer taken bijgekomen op het gebied op de verdeling van (schaarse) middelen, waarbij (on)gezondheid een beslissingscriterium is (woningen, parkeerplaatsen, hulpmiddelen, vervoer, etc.) en die buiten het verzekeringsstelsel vallen. Maar ook met de verdeling van relatief schaarse zorg heeft de overheid in wisselende mate bemoeienis gehad. Zo is nu voor de indicatiestelling van de ouderen en gehandicaptenzorg een regeling tot stand gekomen met, zij het gedeelde, gemeentelijke verantwoordelijkheid.

Het afgelopen decennium is de taakverdeling bij de uitvoering van de ogz sterk beïnvloed door de bestuurlijke discussie. Sinds het rapport van de commissie Dekker wordt doelbewust gestreefd naar meer privatisering in de uitvoering van de zorg, ook op het vlak van de ogz. Minder overheid en meer markt is nog steeds een leidend beleidsadagium.

Deze globaal beschreven ontwikkeling laat zien, dat er weinig vastligt in de verhouding overheid - particulier initiatief bij de uitvoering van de ogz. Weliswaar wordt de verantwoordelijkheid van de overheid voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg onderschreven, maar daarbij gaat men er vooralsnog van uit, dat de overheid de uitvoering van gezondheidszorgtaken alleen dan ter hand neemt, wanneer het in principe soevereine veld van het particulier initiatief deze taken niet zelf in uitvoering neemt.

In het recente verleden zijn er verschillende taken uit de ogz naar de curatieve gezondheidszorg overgeheveld, vanuit het algemene streven naar privatisering en decentralisatie en vanuit de gedachtegang, dat overheidsuitvoering bureaucratisch en duur is en marktwerking tot hogere kosteneffectiviteit leidt: ambulancevervoer, BGZ voor gemeenteamttenaren, 7 x 24 uurscrisisopvang, sociaal-psychiatrische voor- en nazorg, etc. Daar tegenover staat, dat er ook in toenemende mate een beroep op de (gemeentelijke) overheid wordt gedaan voor de aanpak en opvang van nieuwe problemen en probleemgroepen: verslaafden, dak- en thuislozen, illegalen, rand-groepjongeren. Dit is deels het gevolg van het onvoldoende functioneren van het particulier initiatief.

Op het terrein van de ogz wordt in ieder geval de collectieve preventie als een standaard onderdeel gezien. De verantwoorde-

lijkheid van de gemeentelijke overheid hiervoor is uitdrukkelijk vastgelegd in de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Daarnaast wordt gezondheidsbescherming onomstotelijk als een overheidsverantwoordelijkheid én -taak beschouwd. Maar bij ziektepreventie en gezondheidsbevordering ligt het prerogatief op ook de uitvoering van deze taken voor de overheid veel minder vast. Zo wordt de collectieve preventieve jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 4-jarigen met uitzondering van Amsterdam sinds jaar en dag uitgevoerd door de kruisverenigingen/thuiszorg. Ook de reizigersvaccinatie kan door een veelheid aan instanties worden uitgevoerd.

Voor relatief nieuwe vormen van collectieve ziektepreventie en gezondheidsbevordering, zoals de griepvaccinatie en de (oproep tot) cervixscreening wordt telkens weer de uitvoeringskwestie aan de orde gesteld. Ook bij beginnende en nog komende programma's (risicovermindering hart- en vaatziekten, terugdringen tabaks- en alcoholmisbruik) zal deze vraag steeds opkomen. Met name bij deze nieuwe programma's wint het inzicht veld, dat veel van deze programma's gedijen bij een gemeenschappelijke aanpak. Daarbij kunnen de voordelen van uitvoering door de curatieve zorg (laag-drempelig, vertrouwenwekkend) gecombineerd worden met de voordelen van uitvoering door de openbare gezondheidszorg (populatiegericht, programmatisch). Tevens van belang voor deze samenwerking is het feit dat screeningsactiviteiten in de collectieve preventie altijd verdere actie in de curatieve zorg noodzakelijk maken. Opgespoorde gevallen moeten immers nader onderzocht en zo nodig behandeld worden.

### **Privatisering en decentralisatie**

Zoals al hier en daar aangeduid in de vorige paragraaf is in het recente verleden op een aantal onderdelen de uitvoering van de ogz geprivatiseerd. Dit paste in het nieuwe beleidsdenken ten aanzien van de gezondheidszorg, zoals geïntroduceerd met het rapport van de commissie Dekker. Op een aantal terreinen heeft deze overdracht van taken naar private organisaties dan wel het verzelfstandigen van tot dan toe publiek aangestuurde onderdelen van de ogz goed gewerkt in de zin van een bedrijfsmatiger aanpak en een meer marktconforme inrichting van de uitvoering van deze zorg (functionele decentralisatie). Daarnaast werden met de invoering van de WCPV de bevoegdheden ten aanzien van de planning, inrichting en uitvoering van de ogz territoriaal gedecentraliseerd naar de gemeenten, al was dat van meet af aan voor sommige onderdelen (JGZ, infectieziektenbestrijding) minder stingent als

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

voor andere. Ook dit heeft duidelijk vruchten afgeworpen in de zin van een betere inbedding van deze zorg in algehele gemeentelijke beleid. Recenter zijn daar nog andere taken bijgekomen in het kader van de uitvoering van de Wet voorzieningen gehandicapten en de integrale onafhankelijke indicatiestelling.

Toch heeft deze functionele en territoriale decentralisatie niet in alle opzichten de verwachtingen ingelost. Veel bestaande knelpunten zijn er maar in beperkte mate door weggenomen of verbeterd. Zo bestaan er nog steeds belangrijke knelpunten rond de acute psychiatrie, de sociaal-psychiatrische zorg, de follow-up van screeningsonderzoek en de zorg voor gemarginaliseerde groepen. Daarbij doet zich de begrijpelijke paradox voor, dat bij het maatschappelijk zichtbaar worden van deze problemen allereerst toch weer naar de (landelijke) overheid wordt gekeken als eerstverantwoordelijke ten aanzien van dit soort problemen. Blijkbaar is de decentralisatie op een aantal terreinen te weinig omgeven met voldoende randvoorwaarden doorgevoerd. Om dit beleidsmatig te repareren zou voor deze terreinen een nieuw evenwicht gevonden moeten worden tussen de landelijke verantwoordelijkheden en decentrale en private plichten en bevoegdheden.

### **Integraal beleid**

Een laatste factor, die de Raad in beschouwing neemt bij de heroverweging van de publiek-private samenwerking op het terrein van de ogz is de noodzaak van het voeren van een integraal gezondheidsbeleid. Was het in vroeger tijden mogelijk veel evidentier, dat andere factoren dan de zorg zelf bepalend waren voor het gezondheidspeil van de bevolking en daarmee voor een zeer belangrijk facet van de kwaliteit van leven, ook in de huidige tijd blijft onverminderd van kracht, dat een volksgezondheidsbeleid zich niet kan beperken tot het terrein van de gezondheidszorg, maar dat altijd gestreefd moet worden naar een integraal beleid in deze. De Raad zal hier in 1999 in een afzonderlijk advies op terugkomen.

Deze noodzaak tot het voeren van een integraal beleid houdt ook een motief in tot publiek-private samenwerking. Het (inter)gemeentelijk niveau wordt voor veel zaken die direct of indirect de gezondheid en de kwaliteit van leven beïnvloeden (wonen, werken, milieu) wordt als belangrijk gezien. Hierin ligt dan ook een belangrijk motief om de met de WCPV ingezette territoriale decentralisatie van de ogz te handhaven. Op deze gezondheidsbepalende factoren zijn veel maatschappelijke actoren van invloed, zowel van publieke als private signatuur. Op dit

terrein is samenwerking en afstemming noodzakelijk, zowel binnen de gezondheidszorg als daarbuiten.

## Bijlage 9

### Lijst van afkortingen

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
APGZ	Algemene Preventie Gezondheidszorg
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BGZ	Bedrijfsgezondheidszorg
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
CDA	Christen Democratisch Appèl
DGD	Districtsgezondheidsdienst
DG&GD	Districts Geneeskundige en Gezondheidsdienst
EU	Europese Unie
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie
GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IOI	Integrale onafhankelijke indicatiestelling
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KEA	Kosteneffectiviteitsanalyse
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVGGD	Landelijke Vereniging voor GGD's
MRSA	Meticilline Resistente Staphylococcus
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIPG	Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
ogz	openbare gezondheidszorg en curatieve zorg
oggz	openbare geestelijke gezondheidszorg
PREZIES	Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance
PvdA	Partij van de Arbeid
RIAGG	Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SOA	Sexueel Overdraagbare Aandoeningen
STG	Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SWAB	Stichting Werkgroep Antibiotica
TK	Tweede Kamer
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

VTO	Vroegtijdige Onderkenning Ontwikkelingsstoornissen
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VVD	Volkspartij voor Vrijheid en Democratie
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organization
WTG	Waarborgmaatschappij Tandheelkunde met Garanties
WVG	Werkplaats Voorlichtingscentrum Gehandicapten
ZFW	Ziekenfondswet
ZON	ZorgOnderzoek Nederland



## Bijlage 10

### Literatuur

Abrahamse, W., *et al.* *Verslag van het pilot-project naar een LINH*. Utrecht: NIVEL, 1996.

Andersson Elffers Felix, (Commissie-Etty). *Deuren openen: investeren in sociale intergratie en participatie*. Utrecht: Andersson Elffers Felix, 1998.

Berkel, E. Hoe verder te gaan met collectieve preventie? *Nederlands Tandartsenblad*, 1996, nr. 6, p. 292.

Berkel, E. *Tandarts moet politici bewust maken van belang collectieve tandheelkundige preventie*. *Nederlands Tandartsenblad*, 1996, 51, nr. 20, p. 926-929.

Braspenning, J., *et al.* *LINH als monitoringinstrument voor influenzavaccinatie*. Utrecht: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, 1997.

Burgmeijer, R.J.F., *et al.* *Op weg naar volwassenheid. Evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996*. Maarssen/Leiden: Elsevier/De Tijdstroom/KPMG/TNO-PG, 1996.

Davidse, W. en Perenboom, R.J.M. Verhoging van de vaccinatiegraad tegen influenza bij risicopatiënten door gerichte uitnodiging in de eerste lijn. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1995, 139, nr. 42, p. 2149-2152.

Dekker, H.S., Kocken, P.L. en Schrader, W.E. *Het Rotterdamse sociaal-medisch spreekuur voor dak- en thuislozen. Eindevaluatie van een experiment*. S.l.: S.n., S.a.

Drenthen, A.J.M. *Huisarts en GGD. Een evaluatie van het Samenwerkingsproject Preventie hart- en vaatziekten (PreTensieproject)*. Dissertatie. Nijmegen: S.n., 1993.

Drenthen, A.J.M. Preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk: zinvol en haalbaar? *Huisarts en Wetenschap*, 1997, nr. 12, p. 573.

Drenthen, A.J.M., *et al.* Verbetering grieppreventie en cervixscreening in de huisartspraktijk. *Medisch Contact*, 1997, nr. 43, p.

1346.

Engels, I. Versterking collectieve preventie door samenwerking: het Amsterdams regieproject bestaat nu bijna twee jaar. *GGD Nieuws*, 1997, nr. 10, p. 8-12.

Essen, G.A. van. *Influenza vaccination; compliance of doctors and patients*. Dissertatie. Utrecht: S.n., 1995.

Essen, G.A. van. Programmatie grieppreventie ook in 1996 sterk verbeterd. *De Huisarts in Nederland*, 1997, nr. 2, p. 26-28.

Fleurke, F., et al. Decentraliseren met beleid. 's-Gravenhage: *Sdu-Uitgeverij*, 1997.

Garretsen, H., Haes, W. de en Schrijver, M. (red.). *Lokaal gezondheidsbeleid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.

Geenhuizen, Y.M. van, et al. *De werking van de Wet collectieve preventie volksgezondheid*. Leiden: KPMG/NIPG/TNO, 1993.

Gunning-Schepers, L.J. en Jansen, J. (red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: deel IV: effecten van preventie*. Bilthoven/Maarsse: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne/Elsevier-De Tijdstroom, 1997.

Hak, E., et al. Een griepmodule in een huisartsinformatiesysteem: een onderzoek naar de doeltreffendheid bij selectie, oproep en monitoring van risicopatiënten. *Huisarts en Wetenschap*, 1996, 39, nr. 10, p. 449-452.

Holland, W.W., et al. *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 1984.

Hulshof, N.A., et al. Patiënten over preventie door hun huisarts. *Huisarts en Wetenschap*, 1998, 41, nr. 3, p. 117-120.

Huurman, J. Lokaal volksgezondheidsbeleid op de helling; het rapport van de commissie-Lemstra nader bezien. *Medisch Contact*, 1997, 52, nr. 16, p. 498-500.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie*. Rijswijk: GHI, 1995.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Staat van de Gezondheidszorg*. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1997.

Inspectie van de Volksgezondheid. *Jeugdgezondheidszorg (4-19 jaar)*, verslag van een onderzoek. Rijswijk: GHI, 1993.

Jonas, P., *et al.* Een systematische aanpak van borstkanker in de huisartspraktijk. *Medisch Contact*, 1997, nr. 29/30, p. 928.

Kanter, J.S. de, *et al.* Oproepmethoden voor griepvaccinatie in de huisartspraktijk; vergelijking van selectie op basis van medicatie met selectie op basis van medische gegevens (ICPC-codes). *Pharmaceutisch Weekblad*, 1994, 129, nr. 49, p. 1209-1214.

Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap. *Concept-voorstel inzake preventie in de huisartspraktijk*. Utrecht: LHV/NHG, 1992.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. *Zorgpakket Ouder- en kindzorg inhoud en achtergronden van de ouder- en kindzorg*. Bunnik: LVT, 1995.

Lanphen, W.E.N., Pijpers, F.I.M. en Wassenaar, J. (red.). Zorgen voor de jeugd - de rol van de GGD. 's-Gravenhage: VNG-uitgeverij, 1992.

Last, J.M., *et al.* *Public Health & Preventive Medicine*. East Norwalk: Appleton & Lange, 1988.

Leeuw, W. de, *Preventiebeleid zorgverzekeraars. Een afstudeeronderzoek dat onderdeel is van de studie beleid en beheer van de gezondheidszorg*. Maastricht/Zoetermeer: Universiteit van Maastricht/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998.

Lemstra, W. (Commissie Versterking Collectieve Preventie). *Gemeentelijk gezondheidsbeleid beter op zijn plaats: advies van de commissie Versterking Collectieve Preventie*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.

Loonstra, Z.E. *Thuislozen: huizen of lozen?* 's-Gravenhage: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, 1992.

Mant, D. Prevention. *The Lancet*, 1994, vol. 344, november 12, p. 1343-1346.

Meulmeester, J.F. en Peters, C.E. *Jeugdgezondheidszorg: organisatie en inhoud; een vergelijkend onderzoek in Amsterdam, een grote stad in de randstad en vier landelijke gebieden*. Leiden: NIPG-TNO-Gezondheidsonderzoek, 1993.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. *Schets van het beleid terzake van de basisgezondheidsdiensten*. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1980.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Advies Versterking preventie eerstelijnszorg*. Zoetermeer: NRV, 1992.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Thuisloosheid en psychische stoornissen; advies over een opvang- en asielfunctie voor dak- en thuislozen*. Zoetermeer: NRV, 1993.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Advies functies hulpverlening aan verslaafden*. Zoetermeer: NRV, 1994.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Gezondheidsbeleid voor asielzoekers; advies over de medische en verpleegkundige opvang van asielzoekers*. Zoetermeer: NRV, 1994.

Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. *Speciale Zorg van de Jeugdgezondheidszorg*. Utrecht: NVJ, 1996.

Palm, I. en Kant, A. *General practice-based call system for cervical cancer screening. Attendance rate, participation of women with higher risk and quality assurance*. Dissertatie. Nijmegen: S.n., 1997.

Palm, B., *et al.* Een nieuw uitnodigingssysteem voor het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker; een regionaal implementatieproject. *Huisarts en Wetenschap*, 1997, 40, nr. 3, p. 98-101.

Ree, J.W. van. *Naar preventie op maat*. Inaugurale rede. Maastricht: S.n., 1990.

Reijneveld, S.A., *et al.* Uitvoering van preventieprogramma's kan beter. Bevordering van lichamelijke activiteit als proef. *GGD-nieuws*, 1998, september, p. 10-13.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, deel VI: Zorgbehoefte en zorggebruik*. Bilthoven: RIVM, 1998.

Schayk, C.P. van. Zin en onzin van preventie in de huisartsenpraktijk. *Medisch Contact*, 1999, nr. 5, p. 172-174.

Schilthuis, H. Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing. *GGD Nieuws*, 1997, nr. 9, p. 9-12.

Schrijvers, A. en Kliphuis, L. Naar een eeuwig vitaal Leidsche Rijn. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 1998, 76, nr. 6, p. 339-341.

Schueler, L., *et al.* Risicogroepen voor tandheelkundige preventie. *GGD-nieuws*, 1997, p. 12.

Schuurmans, U. De gemeente als regisseur en de GGD als adviseur? *GGD-nieuws*, 1998, mei, p. 12-14.

Sixma, H., Bakker, D.H. de en Bent, J. van der. *Het experiment gezondheidszorg Almere: eindevaluatie van een experiment met een sterke eerstelijnszorg en een krap geplande tweede lijn*. Utrecht: NIVEL/NZi, 1993.

Sixma, H. *New land, new town, new health care system. Primary care based health care planning in a modern, industrialized society; a case-study evaluating the health care demonstration project in the new Dutch town of Almere*. Dissertatie. Maastricht: S.n., 1997.

Smulders, K. Programmatische preventie van hart- en vaatziekten van start. *De Huisarts in Nederland*, 1998, nr. 4, p. 15-16.

Stuurgroep Epidemiologie in Basisgezondheidsdiensten. *De epidemiologische taak van de Basisgezondheidsdiensten: eindverslag*. Amsterdam: Stuurgroep Epidemiologie in Basisgezondheidsdiensten, 1987.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Preventieve gezondheidszorg in de toekomst*. Rijswijk: STG, 1991.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwen en beleidsvoornemens*

(Nota 2000). 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1992-1997, 22 894, nrs. 1, 9-11, 13-16.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Nota Infectieziektenbestrijding*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1996-1997, 25 295, nrs. 1-2.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Geestelijke gezondheidszorg; openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz)*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1996-1997, 25 424, nrs. 2.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie; de plaats en taken van de GGD*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1996-1997, 22 894, nr. 13.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Jeugd zorg 1998-2001*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1997-1998, 25 619, nrs. 3-6.

Veldhuizen, A. en Ouwelant, W. van den. Intersectoraal samenwerken op het beleidsterrein Jeugd: jeugdgezondheidszorg: beleid en/of uitvoering? *GGD Nieuws*, 1997, nr. 11, p. 8-12.

Visser, J. Nederlandse huisartsen zijn voorzichtig met preventie. *De Huisarts in Nederland*, 1996, nr. 11, p. 43-46.

Vuijsje, H. *Hulpeloze gladiatoren: haalt de openbare gezondheidszorg het jaar 2000?* Amsterdam: De Balie, 1996.

Warmenhoven, N.E., Alkema, F.M.J. en Coenen, T. Landelijke samenwerking in de jeugdgezondheidszorg. *GGD Nieuws*, 1997, nr. 10, p. 21-23.

Water, H.P.A. van de. *Bouwen aan basisgezondheidsdiensten: over wetenschappelijke organisatorische grondslagen van collectieve preventie*. Proefschrift. Leiden: NIPG/TNO, 1989.

Winter, M. de, et al. *Jeugdgezondheidszorg tegen het licht: eindrapportage project integrale evaluatie jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0 tot schoolgaand*. 's-Gravenhage: VUGA, 1992.







## Bijlage 11

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op gironummer 132937 ten name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, onder vermelding van het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties van 1998 kost f 270,-- en van 1999 kost f 325,--.

#### Werkprogramma 1995

-	Volksgezondheid met beleid	gratis
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00

#### Werkprogramma 1996

96/01	Programmatische jeugdzorg	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/08	Stand van zaken preventie en ouderen (achtergrondnota)	25,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg Deel 1: Advies Deel 2: Achtergronden	30,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/13	Achtergrondstudie Thuis in de ggz	25,00

#### Werkprogramma 1997

97/01	Adviesprogramma 1997 RVZ	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00
97/05	Met zorg wonen	25,00

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg

	deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/07	Achtergrondnota Beter (z)onder dwang	20,00
97/08	Adviesprogramma 1998 RVZ	gratis
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/12	Met zorg wonen	40,00
	deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	
97/13	Achtergrondstudies Geestelijke gezondheids- zorg in de 21e eeuw	40,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest : essay door Herman Vuijsje	10,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrond- nota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
<b>Werkprogramma 1998</b>		
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
98/03	Werkprogramma 1999	gratis
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/08	Zelftests	25,00

98M/01	Magazine bij het advies Met zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	3,50
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,  
Zoetermeer;  
De Longte, Dordrecht, omslag  
Uitgave: 1999  
ISBN: 90-5732-044-4

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f25,-  
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder  
vermelding van publicatienummer 98/09*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg