

## **Sturing van lokaal gezondheidsbeleid: de verknoping van gescheiden netwerken.**

Hoofdstuk voor: *Handboek Sociale Sector*, oktober 2003

Drs. Marleen Bekker (EUR) en dr. Kim Putters (UvT).

8600 woorden

### **1. Inleiding**

Sinds 1 juni 2003 zijn gemeenten verplicht om een vierjaarlijkse Nota Lokaal Gezondheidsbeleid te presenteren<sup>1</sup>, waarin de kaders worden geschetst van het gemeentelijke gezondheidsbeleid en de samenwerking met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenfora<sup>2</sup>, maar ook met andere diensten binnen de gemeente<sup>3</sup> en maatschappelijke of private actoren (28 063, nr. 3., Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2001-2002; VNG, 2002). Hieruit wordt duidelijk, dat van gemeenten wordt verwacht, dat zij zich actiever opstellen ten aanzien van zowel de collectief preventieve zorg als de curatieve zorg. Dat dit makkelijker is gezegd dan gedaan, wordt geïllustreerd met het volgende voorbeeld, dat de complexiteit van sturing in beide sectoren weergeeft.

‘Sinds de komst van een open composteringsfabriek in onze wijk in 1997, waar allerlei chemicaliën worden gebruikt om de stank te compenseren, heeft ons zontje beduidend meer last van zijn astma. Eerder had hij alleen in de winter, als hij verkouden was, medicijnen nodig om te inhaleren. Sinds de composteringsfabriek er is, gebruikt hij deze medicijnen het hele jaar door, iedere dag. Onze zoon is niet de enige. In onze wijk zijn er verschillende kinderen, maar ook volwassenen, die gezondheidsklachten hebben gekregen. Dit varieert van chronische oververmoeidheid en hoofdpijn tot ademhalingsproblemen. Onze huisarts heeft onze klachten bevestigd.

Toen we echter bij de provincie bezwaar aantekenden tegen de vergunning die is afgegeven voor deze fabriek, gaven zij te kennen dat gezondheid geen criterium is waarop zij een aanvraag beoordelen. Wij kunnen de vergunning dus niet aanvechten. We hebben een onafhankelijk bureau een onderzoek laten uitvoeren, waarin een relatie met gezondheid wordt aangetoond. De provincie heeft daarop een ander zogenaamd onafhankelijk onderzoek laten verrichten met tegengestelde conclusies, zodat nu niemand weet wat precies waar is. Twee gemeenteraadsleden hebben zich achter ons geschaard, maar ook zij kunnen niets beginnen, omdat de gemeente geen bevoegdheid heeft op dit terrein. Wij voelen ons machteloos en in de kou gezet door de politiek’<sup>4</sup>.

Afgezien van de vraag, of deze gezondheidsklachten inderdaad zijn toe te schrijven aan het gebruik van chemische stoffen in de composteringsfabriek, brengt het voorbeeld drie zaken naar voren, die als een rode draad door dit hoofdstuk zullen lopen. Ten eerste leggen de gepresenteerde gezondheidsklachten *zorginhoudelijke* ontwikkelingen bloot, die een andere manier van sturen vragen. Gezondheidsklachten kunnen worden veroorzaakt of verergerd door oorzaken buiten het traditionele bereik van de overheidsverantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. Naast de traditionele genetische en leefstijldeterminanten zijn er ook fysieke en sociaal-economische gezondheidsdeterminanten. De gezondheidsklachten spreken zowel de collectief preventieve zorg aan (‘Hadden deze klachten voorkomen kunnen worden?’) als de curatieve zorg (diagnostiek en behandeling). Omdat het onduidelijk is of we het hier nu hebben over een collectief of een individueel gezondheidsrisico, legt dit type klachten het wezenlijke zorginhoudelijke verschil tussen de openbare gezondheidszorg en de curatieve zorg bloot maar doet tegelijkertijd de traditionele grenzen vervagen. Bovendien maakt het een verbreding van de gezondheidskundige blik naar andere beleidssectoren binnen de overheid noodzakelijk, om fysieke en sociaal-economische gezondheidsdeterminanten onder het bereik te brengen van de overheid. Gemeenten zijn echter van oudsher sectoraal ingedeeld, waardoor intersectorale samenwerking moeizaam van de grond komt.

---

<sup>1</sup> Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), artikel 3b.

<sup>2</sup> WCPV, artikel 2 lid 1.

<sup>3</sup> WCPV, artikel 2 lid 2b.

<sup>4</sup> Deelnemer Symposium Handhaving, sanering en burgerparticipatie van Stichting Meldpunten Netwerk Gezondheid en Milieu, Utrecht, 09-10-2002.

Ten tweede komt uit het voorbeeld naar voren, dat ook in *bestuurlijk* opzicht de mogelijkheden voor gemeenten om de beleidssectoren van volksgezondheid en gezondheidszorg aan te sturen beperkt zijn. In het voorbeeld zegt de desbetreffende provincie geen verantwoordelijkheid te hebben op dit terrein<sup>5</sup>, waardoor provinciale beleidsinterventies op gespannen voet komen te staan met de gezondheidsdoelstellingen van gemeenten. Daarnaast heeft de rijksoverheid in de afgelopen decennia een uitgebreid sturingskader voor de gezondheidszorg opgebouwd, wat de beleidsvrijheid en sturingsmogelijkheden voor gemeenten in meerdere opzichten beperkt. Bovendien hebben gemeenten de uitvoering van de collectief preventieve zorg gedelegeerd aan regionale GGD'en<sup>6</sup>, die in de meeste gevallen door meerdere gemeenten (soms meer dan 25!) worden aangestuurd. Deze aansturing krijgt zo het karakter van een intergemeentelijk onderhandelingsproces. Sturing van de volksgezondheid en de gezondheidszorg en de uitvoering van het beleid vinden dus plaats op meerdere bestuurlijke niveaus, die niet volledig op elkaar zijn afgestemd.

Ten derde wordt uit het voorbeeld duidelijk, dat het particuliere initiatief om een composteringsfabriek te bouwen is beoordeeld en goedgekeurd door een provinciale dienst. Dat veronderstelt een publiek-private relatie in de beleidsuitvoering. Deze relatie is ook terug te vinden in het gezondheidszorgstelsel met private zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De uitvoering van de collectief preventieve zorg daarentegen, is van oudsher een overheidstaak. Door de vervaging van de grenzen tussen de curatieve en de collectief preventieve zorg en de verbreding van de blik naar andere beleidsterreinen wordt sturing van de volksgezondheid en de gezondheidszorg door de overheid in toenemende mate een kwestie van *publiek-private samenwerking in een beleidsnetwerk*.

De vraag, die in dit hoofdstuk centraal staat, luidt:

*Hoe kunnen gemeenten lokaal gezondheidsbeleid maken en uitvoeren, waarbij zij rekening houden met de complexiteit van de voorheen gescheiden sectoren volksgezondheid en gezondheidszorg?*

Onder lokaal gezondheidsbeleid verstaan wij in dit hoofdstuk het gemeentelijk beleid ten aanzien van de openbare gezondheidszorg (OGZ). Deze is door het Platform Openbare Gezondheidszorg als volgt omschreven: 'De OGZ omvat die onderdelen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur, die zich doelbewust richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking' (Platform Openbare Gezondheidszorg, 2000). Het omvat dus zowel de collectieve preventie als de intersectorale beleidsafstemming als de toegankelijkheid en kwaliteit van het lokale zorgaanbod.

Om deze vraag te beantwoorden, zullen wij achtereenvolgens ingaan op de historische ontwikkeling van de beleidssectoren volksgezondheid en gezondheidszorg en de grondslagen voor de huidige structuren. Daarna wordt de gemeentelijke verantwoordelijkheid en positie beschreven in relatie tot de andere betrokkenen in de openbare gezondheidszorg. In de volgende paragraaf beschrijven we enkele sturingsmodellen die van toepassing kunnen zijn op het formuleren en regisseren van lokaal gezondheidsbeleid. Tenslotte bespreken we een implementatiestrategie ten aanzien van de verknoping tussen het netwerk van de volksgezondheid en het netwerk van de zorg.

## **2. De evolutie van overheidsbemoeienis in de volksgezondheid en zorg**

De sector volksgezondheid en de sector zorg hebben zich relatief onafhankelijk van elkaar ontwikkeld als het gaat om overheidsbeleid, institutionele structuren en systemen. Om de werking van lokale netwerken van zorg, welzijn en preventie goed te begrijpen is het daarom relevant allereerst deze sectoren, en specifieke de overheidsbemoeienis daarbij, separaat te duiden alvorens gepoogd wordt noties te ontwikkelen voor de verknoping van de verschillende netwerken.

### *2.1 De sector volksgezondheid*

De beleidsmatige ontwikkeling van de sector volksgezondheid verloopt van een sterke focus op de openbare hygiëne aan het eind van de 19<sup>e</sup> eeuw, waarbij de gezondheid van de arbeidende bevolking

---

<sup>5</sup> Provincies hebben wel degelijk een verantwoordelijkheid voor de regionale planning van zorgvoorzieningen. In dit geval lijken de provinciale diensten dus langs elkaar heen te werken.

<sup>6</sup> Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD) dan wel de Gemeentelijke Geneeskundige en GezondheidsDienst (GG&GD)

sterk verbeterde door maatregelen op het gebied van de woon- en werkomstandigheden, naar 'volksgezondheid als toetssteen van het beleid'(Gunning-Schepers, 1992). Gaandeweg werd de politieke aandacht echter steeds meer opgeëist door de toegankelijkheid, financiering en kwaliteit van de zorg (Dekker & Van der Grinten, 1995). De Nota 2000 (1986) zette de volksgezondheid weer meer op de agenda door onderscheid te maken tussen gezondheidsbeleid aan de ene kant, met veel aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering, en zorgbeleid aan de andere kant, met veel aandacht voor de organisatie en financiering van zorgvoorzieningen. Hieraan ten grondslag ligt artikel 22 van de Grondwet, die de overheidsverantwoordelijkheid voor de volksgezondheid expliciteert.

In dit artikel is verankerd dat de overheid in Nederland 'maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid'. Dit betekent dat het de taak van de overheid is om enerzijds de bevolking te beschermen tegen gezondheidsrisico's en anderzijds de voorwaarden te realiseren waaronder een adequaat aanbod van zorgvoorzieningen tot stand kan komen. Dit leidt tot een aantal doelstellingen waarover een redelijke mate van overeenstemming bestaat. In de eerste plaats de doelstelling om een financieel en fysiek toegankelijke gezondheidszorg te waarborgen, alsmede een doelmatig georganiseerde en kwalitatief hoogstaande zorg te bieden. De Rijksoverheid regelt dit met wettelijke aanspraken van burgers op zorg, via de financiering daarvan, de geografische spreiding van voorzieningen, de regulering van het volume van de zorg en door het stellen van kwaliteitseisen. Dit wordt nader toegelicht in § 2.2. In de tweede plaats dient de overheid de gezondheidstoestand van de bevolking te bewaken, beschermen en bevorderen. Daartoe formuleert de overheid doelstellingen die meer op het terrein van de volksgezondheid liggen: het verlengen van de levensverwachting, het verbeteren van de kwaliteit van leven en het beschermen van specifieke kwetsbare doelgroepen. Van oudsher wordt de uitvoering van het beleid d.m.v. collectieve preventieve zorg gedelegeerd aan de gemeente, die op hun beurt GGD'en in stand houden om deze taken te verrichten<sup>7</sup>. In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV, 2003) is bepaald dat gemeenten een nota gezondheidsbeleid moeten ontwikkelen waarbij de vele facetten worden betrokken die van invloed zijn op de volksgezondheid. Deze nota wordt nader toegelicht in § 3.2.

De collectieve preventie is echter onderhevig aan een 'preventieparadox': politieke steun voor investeringen is moeilijk te verkrijgen, omdat de effecten van de collectieve preventie alleen op lange termijn en alleen op populatieniveau zichtbaar zijn. Er is weinig betrokkenheid vanuit burger/patiëntenperspectief, omdat ook voor hen de effecten vaak onzichtbaar blijven. Bovendien is de uitvoering van het preventiebeleid i.t.t. de zorg in publieke handen, waardoor er weinig politieke druk wordt uitgeoefend om de aandacht hiervoor te vergroten. De instrumentering van het zorgbeleid wordt hierna beschreven.

## *2.2 De sector zorg*

Het systeem van de reguliere gezondheidszorg, dat door private aanbieders en verzekeraars wordt uitgevoerd, is ingebed in een wetgevingsdrieluik dat het aanbod van intramurale zorgvoorzieningen bepaalt en tevens een financieringsgarantie biedt. De achterliggende gedachte is er een van solidariteit: de patiënt dient te worden beschermd tegen onverzekerbare risico's. Zie het kader voor een overzicht van de wetgeving voor het Nederlandse gezondheidszorgstelsel.

---

<sup>7</sup> WCPV, 1989

*Overzicht van de wetgeving t.a.v. het Nederlandse gezondheidszorgstelsel (Boot & Knapen, 1996; Putters, 2001)*

Toegankelijkheid en financiering van de zorg:

- Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV): aantal en spreiding van intramurale zorgvoorzieningen via een systeem van planning en vergunningverlening.
- Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV): regulering van topklinische zorg
- Ziekenfondswet (ZFW): verstrekkingen van een verplichte ziekenfondsverzekering voor werknemers onder een bepaalde inkomensgrens, betaald uit werkgevers- en werknemerspremies.
- Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering (WTZ): standaardverzekering voor particuliere sector.
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ): volksverzekering voor zorgaanpak langer dan één jaar, betaald uit belastingpremies en een rijksbijdrage.
- Wet Tarieven Gezondheidszorg: tarieven voor zorg door instellingen en individuele beroepsbeoefenaren.

Kwaliteit van de zorg:

- Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG): regels voor o.a. professionals, voorbehouden handelingen en tuchtrecht.
- De Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ): eisen aan het kwaliteitssysteem van zorgaanbieders.
- De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO): regels t.a.v. de relatie arts-patiënt.
- De wet op de Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ): regels voor het toepassen van dwangmaatregelen in de psychiatrie.

Uit deze beknopte weergave van de belangrijkste wetten in de zorg wordt duidelijk dat het aanbod van voorzieningen in sterke mate gereguleerd wordt door de overheid. In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat, ondanks de waarborg voor toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid die het jarenlang is geweest, deze wetgeving ervoor zorgt dat het aanbod van voorzieningen niet aan de almaar groeiende en veranderende vraag tegemoetkomt, waardoor onder meer wachtlijsten zijn ontstaan. Deze vraag verandert onder invloed van toenemende vergrijzing, toegenomen mondigheid van patiënten, een andere zorgvraag van allochtonen en een onvoldoende kostenbewustzijn onder verzekerden. De overheid heeft haar beleid daarom verlegd naar vraagsturing. Dat betekent concreet dat er meer mogelijkheden worden geschapen voor verzekeraars om bijvoorbeeld selectief te contracteren, voor instellingen om private initiatieven te beginnen en voor zorgvragers om te wisselen van verzekeraar of zelf de zorgvoorzieningen te kiezen die men wenst. De overheid en het veld proberen om meer keuzemogelijkheden voor zorgvragers te bereiken, doelmatigheid te bevorderen en de zorg meer responsief te maken voor de zorgvraag. De hervorming van de systemen van aanbodregulering naar vraagsturing verloopt echter nog moeizaam.

### *2.3 Diffuse grenzen tussen verschillende werelden*

Uit het voorgaande blijkt, dat de relaties tussen de wereld van het gezondheidsbeleid en de wereld van het gezondheidszorgbeleid beperkt zijn geweest. Dat komt enerzijds door verschillende financieringsregimes, namelijk het verzekeringensysteem dat in de zorg sturend is en financiering via belastingen in het gezondheidsbeleid. Anderzijds ligt de uitvoering van het zorgbeleid bij private, en van het gezondheidsbeleid bij publieke actoren. De relaties in beide sectoren hebben zich historisch ontwikkeld in grotendeels gescheiden bestuurlijke regimes. Ook sectoren buiten de volksgezondheid en zorg die wel van invloed zijn op de gezondheid, zoals de huisvesting, sociale zekerheid en het onderwijs, hebben zich in de wijze van besturing, financiering en organisatie door de tijd heen op een eigen wijze ontwikkeld. Dat maakt afstemming een tot een complexe aangelegenheid, waarbij lokaal en regionaal verschillen bestaan in de wijze waarop dat gebeurt en met welk resultaat.

Daar komt nog bij, dat recente incidenten (zoals de vuurwerkramp van Enschede, de Bijlmerramp, BSE, vogelpest) en het VTV<sup>8</sup> rapport *Gezondheid op koers?* (Van Oers, 2002) het besef doen toenemen dat preventie en zorg niet (meer) zo strikt van elkaar te scheiden zijn. Bovendien is er een hernieuwde aandacht voor intersectorale beleidsvorming (voorheen 'facetbeleid', ook wel 'integrale beleidsvorming' genoemd), waarbij de overheid interne afstemming tracht te

<sup>8</sup> Volksgezondheid Toekomst Verkenningen: vierjaarlijkse voorspellingen volksgezondheid, VWS (RIVM)

bewerkstelligen om de gezondheid te beschermen en bevorderen in onder meer de ruimtelijke ordening, woonbeleid, milieubeleid. Dit zal nader worden toegelicht in § 3.2. In de volgende paragraaf zal worden beschreven in hoeverre gemeenten zijn toegerust om lokaal gezondheidsbeleid te gaan formuleren in een complexe omgeving.

### **3. De rol van de gemeentelijke overheid in de sectoren volksgezondheid en zorg**

In deze paragraaf gaan we dieper in op de kenmerken en recente ontwikkelingen in het gemeentelijk bestuur en verkennen we de mogelijkheden t.a.v. sturing door lokaal gezondheidsbeleid.

#### *3.1 Ontwikkelingen gemeentelijke overheid*

Binnen de gemeente zijn er een aantal bestuurlijke ontwikkelingen, die voor het uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid van belang zijn. De Raad voor het Openbaar Bestuur noemt de volgende: de horizontalisering en verplaatsing van de politiek (netwerkbenadering), fragmentatie en pluralisering (gemeente is partij in een veelheid aan netwerken op verschillende beleidsterreinen, waarbinnen belangen soms sterk uiteenlopen), concretisering (i.p.v. een 'algemeen belang' wordt een probleem losgekoppeld van de maatschappelijke context en binnen een specifiek netwerk gedefinieerd) en proceduralisering (i.p.v. een inhoudelijke sturing worden kaders en randvoorwaarden geschetst waarbinnen het beleid nader wordt ingevuld door de uitvoerende instanties) (Raad voor het Openbaar Bestuur, 1999).

Daarnaast is ook de rolverdeling in het gemeentebestuur, tussen gemeenteraad en college van B&W, fundamenteel gewijzigd door de invoering van het dualisme. In veel gemeenten zijn het college van B&W en de gemeenteraad nog op zoek naar de passende invulling van de rollen van resp. uitvoerder en controleur.

#### *3.2 Gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid*

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid is terug te herleiden tot het begin van de twintigste eeuw. Vanuit een toenemend streven om de sociale kwesties van de industriële samenleving te beheersen, werd de openbare hygiëne het speerpunt van gemeentelijke bemoeienis. Een belangrijke oorzaak hiervan is het feit, dat artsen als gemeentebestuurder maatschappelijke dubbelrollen gingen vervullen (Houwaert, 1991). De GGD'en en GG & GD'en werden opgericht om het beleid uit te voeren. Vanaf 1989 werden gemeenten verplicht een GGD in stand te houden en werden de taken wettelijk omschreven in de WCPV. Tot de negentiger jaren beperkte de gemeentelijke bemoeienis met volksgezondheid zich dus tot het delegeren van de uitvoering van de wet aan de GGD'en.

Vanaf de jaren zeventig werden gezondheidkundigen, maar ook bestuurders zich in toenemende mate bewust van het feit, dat gezondheidsbewaking, bescherming en bevordering ook op andere beleidsterreinen onder de aandacht moet worden gebracht teneinde ook de fysieke en sociaal-economische determinanten te kunnen sturen (Lalonde, 1974). In 1995 constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat 'het in Nederland ontbreekt aan een algemeen gedragen opvatting over de plaats en inhoud van de openbare gezondheidszorg, zodat er nauwelijks een referentiekader bestaat voor de noodzakelijke gedachtenwisseling tussen bestuurders en uitvoerders' (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1995). Hierop werd de commissie Lemstra<sup>9</sup> ingesteld, die in 1996 aanbevelingen heeft gedaan voor de versterking van de openbare gezondheidszorg op gemeentelijk niveau.

Uit een onderzoek naar gezondheidsmaatregelen in 80 gemeentelijke begrotingen tot 1996 blijkt, dat de gemeente onbewust al vele gezondheidsmaatregelen neemt, die niet worden bestempeld als 'gezondheidsbeleid' maar onder andere beleidsterreinen vallen (Van Dijk, 2001). Met name maatregelen op het terrein van de fysieke en sociale leefomgeving, en de doelgroepen jongeren en ouderen, worden genoemd. Maatregelen op het terrein van de leefwijzen, gezondheidsproblemen en minderheden blijven grotendeels achterwege, waarschijnlijk omdat de GGD staand beleid op deze terreinen uitvoert (Van Dijk, Groothoff, Herwijer, & Post, 2003). Het is dus zaak om al deze 'losse' maatregelen te bundelen tot een samenhangend gezondheidsbeleid.

---

<sup>9</sup> Commissie 'Versterking collectieve preventie volksgezondheid'

Sinds het rapport van de commissie Lemstra zijn er door middel van een Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg (OGZ) tussen VWS, BZK, VNG en GGD Nederland diverse projecten en activiteiten ontwikkeld, die onder andere zijn gericht op de ondersteuning van intersectorale samenwerking binnen de gemeente. Eén van die activiteiten was de wijziging van de WCPV, die per 1 juni 2003 gemeenten verplicht een Nota Lokaal Gezondheidsbeleid op te stellen in samenwerking met de GGD. Zie het kader voor de totstandkoming en de inhoud ervan.

*Nota Lokaal Gezondheidsbeleid: totstandkoming en inhoud (Kornalijslijper, Schoenmakers, & Serrée, 2002).*

In het kader van de Monitor lokaal gezondheidsbeleid heeft halverwege 2002 een nulmeting plaatsgevonden onder 71 gemeenten met een Nota, waaruit het volgende blijkt:

Totstandkoming:

- Eenderde van de gemeenten stelt gezamenlijk een regionale Nota op.
- Bij tweederde van de gemeenten geeft B&W opdracht hiertoe, in overige gevallen de Gemeenteraad of GGD besturen
- Veel gemeenten betrekken de afdelingen Welzijn, Onderwijs, Wonen en Sociale Zekerheid bij de totstandkoming van de Nota.
- In alle gemeenten is de GGD leverancier van lokale kwantitatieve gezondheidsinformatie, in sommige gevallen ook adviseur. Andere informatiebronnen zijn VWS en VNG.
- Bij de helft van de gemeenten komt de Nota tot stand door de inzet van een regionale ambtelijke werkgroep, bij eenderde door een lokale ambtelijke werkgroep en bij 11% door een bestuurlijke werkgroep.
- Bij de helft van de gemeenten is de gemeenteraad betrokken bij de totstandkoming van de Nota.
- Bij de helft van de gemeenten zijn de burgers via interactieve beleidsvorming betrokken bij de totstandkoming van de Nota.
- Tweederde heeft een begroting, ruim de helft heeft een actieprogramma, implementatie verloopt ad hoc.
- Evaluatie op proceskenmerken vindt bij de helft van de gemeenten plaats. Effectiviteit wordt niet geëvalueerd.
- Driekwart van de gemeenten geeft aan over onvoldoende middelen en informatie te beschikken: er is een gebrek aan geld, ambtelijke capaciteit, directe bevoegdheden en politieke urgentie.

Inhoud:

- Onder de doelgroepen zijn de volgende in meer dan de helft van de Nota's vertegenwoordigd: ouderen, kinderen en jongeren, mensen met lage inkomens.
- Van de thema's zijn de volgende in meer dan de helft van de Nota's vertegenwoordigd: genotmiddelengebruik, psychosociale problematiek, toegankelijkheid voorzieningen, integrale jeugdzorg, lichaamsbeweging, sociaal-economische gezondheidsverschillen, mantelzorg.
- In driekwart van de gemeenten wordt facetbeleid genoemd voor welzijn, wonen en onderwijs. Dit zijn geen structurele, maar ad hoc contacten tussen de verschillende beleidsmedewerkers, meestal op initiatief van de ambtenaar gezondheidsbeleid.

De relatie tussen gemeenten en GGD'en heeft echter een aantal kenmerken, waarmee in de samenwerking rekening moet worden gehouden.

### *3.3 Relatie met beleidsuitvoerder GGD*

De GGD is een professionele organisatie, dat wil zeggen dat de primaire taken worden uitgevoerd door artsen. Dat zet een inhoudelijke stempel op de beleidsvorming en uitvoering: 'De GGD baseert zich in zijn taak dus voornamelijk op de inhoud van gezondheidsproblemen, terwijl de gemeentebesturen in hun standpuntbepaling meestal uitgaan van de belangen van doelgroepen' (Meijer, 1993).

Tegelijkertijd heeft de organisatie een hybride karakter: het is een uitvoerende (inter-) gemeentelijke dienst, maar ook een zorginstelling die moet voldoen aan de KWZ<sup>10</sup> en te maken heeft met meerdere verwijzende, betalende of opdracht verstreckende (private) partijen (Mascini, 2003).

<sup>10</sup> Kwaliteitswet Zorginstellingen, 1995

De GGD moet dus voldoen aan wettelijke kwaliteitsnormen en de beleidsuitvoering kenmerkt zich door publiek-private samenwerking.

Ook heeft de gemeente in de afgelopen decennia op volksgezondheid een sectoraal beleid gevoerd, waardoor beleidsambtenaren en bestuurders moeten 'wennen' aan het idee van intersectorale samenwerking. Zie het kader voor enkele typerende uitspraken hierover.

*Uitspraken over intersectorale samenwerking in gemeentelijk gezondheidsbeleid (Meijer, 1993)*

Op de werkconferentie 'De GGD op weg naar 2000' (1993) merkte één van de sprekers het volgende op: 'Dat de relatie tussen gemeenten en dienst (GGD) niet optimaal is, komt misschien omdat in de organisatie van het beleidsproces naar geïntegreerd bestuur op lokaal niveau de GGD nog een nieuwkomer is. Op andere terreinen zoals bijvoorbeeld ruimtelijke ordening en volkshuisvesting bestaan al langer tradities in het werken met geïntegreerd beleid. Het dagelijks bestuur, de politiek en het gemeentelijk apparaat zijn daar al beter op elkaar ingespeeld' (...) 'Integratie van gezondheid in het gemeentelijk beleid betekent dat men één abstractieniveau hoger gaat denken. Tegelijkertijd vraagt de praktijk echter ook om in te spelen op de realiteit in de samenleving, met andere woorden om één abstractieniveau lager of gewoon praktisch te functioneren. Beleidsmakers en 'doeners' hebben echter nog onvoldoende oog voor elkaars positie in dit geheel'. Een andere spreker vervolgde: 'Wellicht is het grootste probleem wel dat zeer veel gemeentelijke doelstellingen vaag geformuleerd zijn en dikwijls moeten zijn. Politieke beleidsprogramma's worden in de haast geschreven in de 42 dagen tussen de dag van de verkiezingen en de dag van de installatie van de nieuwe raad. Bovendien worden ze verminkt door onmogelijke compromissen tussen politieke fracties die op één of andere wijze aan het eind van die 42 dagen moeten zorgen voor een college van B&W dat kan steunen op een meerderheid in de Raad. (...) Daarom worden beleidsprogramma's volgepropt met zinnen waar de politici later nog alle kanten mee op kunnen'.

Sindsdien hebben vele activiteiten plaatsgevonden om het lokale gezondheidsbeleid te ontwikkelen, maar er is weinig reden om aan te nemen dat bovenstaande zich noemenswaardig heeft gewijzigd.

Een vierde kenmerk van de relatie tussen gemeenten en GGD'en is de eerder genoemde aansturing van de GGD door een veelheid aan gemeenten. Alleen in de grote steden bestaat er een één-op-één relatie tussen GGD en gemeente. Kleinere gemeenten zijn soms met meer dan 20 andere gemeenten vertegenwoordigd in het GGD bestuur. VWS streeft naar een nog verdere schaalvergroting van de GGD'en, zodat deze kunnen aansluiten bij de GHOR-regio's<sup>11</sup>. Daarover bestaat onenigheid in het veld, omdat sommige collectief preventieve taken, zoals de Centrale Posten Ambulancevervoer en de infectieziektebestrijding, geschikt zijn voor standaardisering en aansturing op hogere bestuurlijke niveaus, terwijl andere taken, zoals jeugdgezondheidszorg, sociaal-economische gezondheidsverschillen en openbare geestelijke gezondheidszorg, juist aansluiten bij het gemeentelijk zorg- en welzijnsbeleid (zie o.a.(Huurman, 2003). In ieder geval levert een intergemeentelijke aansturing van de GGD'en een aantal obstakels voor soepele besluitvorming.

Samengevat moet de gemeente in de aansturing van de GGD dus rekening houden met de professionals, de andere gemeenten in het bestuur, het wettelijk kader, de Inspectie en de overige (private) instanties, waar de GGD relaties mee onderhoudt. De relatie van gemeenten met hun GGD'en is niet eenduidig en de aansturing is dus niet volledig te omschrijven in vastomlijnde procedures.

### *3.4 Gemeentelijke regierol voor Lokaal Gezondheidsbeleid?*

Naast de aansturing van de GGD, interne intersectorale samenwerking en bewaking van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg moeten gemeenten nog rekening houden met provincies. Die zijn namelijk verantwoordelijk gesteld voor het ontwikkelen van regiovisies in 27 zgn. gezondheidsregio's (WZV). Hierin trachten zorgaanbieders, Regionale Consumenten en Patiënten Platforms (RPCP), zorgverzekeraars<sup>12</sup> en zorgkantoren<sup>13</sup> en gemeenten het aanbod van

<sup>11</sup> Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen

<sup>12</sup> Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars voor verstrekkingen ZFW en WTZ

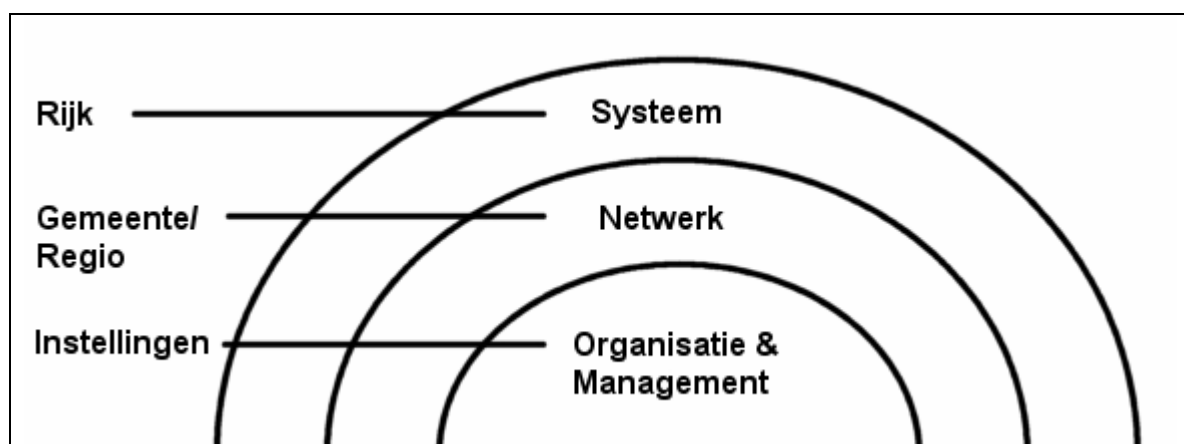
gezondheidszorgvoorzieningen af te stemmen op de regionale vraag (Vulto, Boelens, & Schreuder, 2001). Het Regionaal Indicatie Orgaan verschaft de gemeente toegang tot de regionale arena. Zie het kader.

*Het Regionaal Indicatie Orgaan als gemeentelijke entree tot de regionale beleidsarena*

Om een onafhankelijke, integrale en objectieve indicatiestelling te bewerkstelligen, zijn gemeenten wettelijk verplicht om gezamenlijk de regionale indicatiestelling van de AWBZ voorzieningen vorm te geven. Hiertoe dienen zij een vertegenwoordiger aan te stellen en verzekeraars, patiënten/consumentenplatforms en zorgaanbieders uit te nodigen om als bestuurslid deel te nemen aan het regionaal indicatie orgaan (RIO). Gezamenlijk maken zij afspraken over de uitvoering van de indicatiestelling en de afstemming met de zorgtoewijzing door het zorgkantoor. Hierdoor verschaft het RIO gemeenten toegang tot de regionale beleidsarena. De indicatiestelling omvat tevens woon- en welzijnsvoorzieningen in de gehandicaptensector. 'Deze positie van de gemeenten in de keten van zorgvraag tot zorgaanbod biedt mogelijkheden voor een integrale aanpak van gezondheidsvraagstukken' (Vulto et al., 2001).

Naast gemeente en provincie worden ook zorgkantoren door de Rijksoverheid geacht 'regie' te kunnen voeren van het regionale aanbod van 'care' voorzieningen, omdat zij financiële prikkels of sancties kunnen toepassen. Hoewel provincies en gemeenten vertegenwoordigd zijn in de adviesraden van de zorgkantoren, is er nauwelijks afstemming met provinciaal en gemeentelijk beleid. Bovendien worden vele gemeenten vertegenwoordigd door slechts één afgevaardigde, waardoor individueel gemeentelijk beleid helemaal niet aan bod komt. Particuliere zorgverzekeraars en ziekenfondsen zijn wettelijk niet verplicht om beleid af te stemmen. Terwijl landelijke verzekeraars zich vooral concentreren op hun kerntaak (het beperken van de (individuele) schadelast), tonen regionale ziekenfondsen wel betrokkenheid bij het regionale beleid. Ook hier blijft de preventieve zorg echter grotendeels buiten beeld, omdat het onduidelijk is in hoeverre collectief preventieve activiteiten bijdragen aan het verminderen van individuele schadelast (Vulto et al., 2001).

Bovenstaande roept de vraag op, wie er nu eigenlijk de meest geschikte partij is om de regie te voeren van het gezondheidsbeleid. De gemeente stuit op zes verschillende schaalniveaus, waarop gezondheidsbeleid wordt gemaakt of afgestemd (zie onderstaand schema): op rijksniveau VWS en de koepels van verzekeraars en aanbieders; op gemeente/regioniveau de provincie, de 27 gezondheidsregio's voor de regiovisies, de gemeente zelf; en op instellingsniveau het zorgkantoor/verzekeraars, en de GGD'en.



Bron: (Putters, 2003)

<sup>13</sup> Uitvoerders verstrekkingen AWBZ



In ieder geval lijkt de gemeentelijke regierol gerechtvaardigd op het lokale niveau en om de afstemming met de andere overlegcircuits te waarborgen.

Het lijkt dus voor de regisserende gemeente van belang om bestaande netwerken als uitgangspunt te nemen, waarbij de verschillende schaalniveaus, waarop de actoren opereren, één van de belemmerende factoren zijn. In de complexe omgeving van het lokale gezondheidsbeleid moeten gemeenteambtenaren en bestuurders recht doen aan alle bovengenoemde ontwikkelingen door op zoek te gaan naar een subtiële balans tussen sturing door de markt, door de overheid en door maatschappelijk initiatief op lokaal niveau. Hierbij kan de regisserende gemeente gebruik maken van een aantal strategieën en instrumenten. Deze worden beschreven in de volgende paragraaf.

#### 4. Sturing van lokaal gezondheidsbeleid

In deze paragraaf gaan we achtereenvolgens in op bestaande sturingsmodellen in het algemeen en de gemeentelijke regierol in de openbare gezondheidszorg.

##### 4.1 Enkele sturingsmodellen op een rij: plannen, onderhandelen of regisseren?

De vervaging van de institutionele grenzen van de sectoren volksgezondheid en zorg, de intrede van deels nieuwe actoren, de verbreding van het werkgebied van reeds bestaande actoren en de koppeling van voorheen gescheiden domeinen (ook buiten zorg en gezondheid, bijvoorbeeld wonen en welzijn), heeft gevolgen voor de wijze waarop de voorzieningen (aan)gestuurd kunnen worden. Steeds meer krijgt de wereld van welzijn, zorg en volksgezondheid het karakter van een aaneenschakeling van wederzijds afhankelijke netwerken, waarin vele partijen elkaar nodig hebben en met elkaar een keten van voorzieningen verzorgen en daarvoor de verantwoordelijkheid delen. Het lijkt er aldus op aan te komen om over de kokers heen te sturen, netwerken aan elkaar te verbinden en samenhang te realiseren tussen verscheidene voorzieningen. De roep om zorg op maat is steeds groter, en de overheid wordt steeds vaker aangesproken op haar verantwoordelijkheid om gezondheidsrisico's in te schatten en te voorkomen, alsmede om het vertrouwen tussen burger en bestuur te verbeteren.

Om een passende sturingswijze ten aanzien van lokaal gezondheidsbeleid te bepalen is het van belang een aantal gangbare besturingsparadigma's naast elkaar te zetten (zie tabel 1).

Tabel 1. *Besturingsparadigma's en bijpassende rollen voor bestuurders*  
(Naar: Hupe en Klijn, 1997; Teisman, 1992; De Bruijn en Ten Heuvelhof, 1995)

Paradigma	Hiërarchie	Markt	Politiek-maatschappelijk
<i>Aard koppelingen tussen actoren</i>	Centrale coördinatie	Invisible hand	Strategische interactie
<i>Kern van besturen</i>	Optimale taakverdeling	Aanpassen aan omgeving	Uitnodigen tot aandeel in gedeelde verantwoordelijkheid
<i>Bepaling inhoud beleid</i>	Vooraf en centraal bepaalde doelen	Resultaat van handelen afzonderlijke actoren	Resultaat van gestuurde interactie
<i>Kern van de besluitvorming</i>	Voorbereiding besluit	Aggregatie beslissingen afzonderlijke actoren	Vervlechting reeks beslissingen
<i>Sturingsdoel bestuurder</i>	Controle via regulering	Zelfsturing	Via initiatief uitnodigen tot bijdrage aan collectief doel
<i>Metafoor</i>	Regelsysteem	Marktplaats	Netwerk
<i>Rol bestuurder</i>	Planner	Marktpartij	Regisseur

In een hiërarchisch bestuursparadigma is centrale coördinatie een wezenlijk mechanisme om te komen tot een optimale verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van een bepaald beleid en beleidsterrein. Het uitgangspunt is dus ook dat vanuit het centrale coördinatiepunt de inhoud van het beleid wordt en kan worden vastgesteld. De bestuurder neemt de beslissingen en er wordt vervolgens via controle en toezicht op toegezien dat de uitvoering volgens plan verloopt. Dit leidt voor de overheid tot de rol van de *bestuurder als planner* in een regelsysteem. De ideaaltypische tegenhanger is het marktparadigma, waarbinnen de onzichtbare hand van de markt als

coördinatiemechanisme functioneert en waarbinnen organisaties zich aan de dynamiek in hun omgeving aanpassen (vraag – aanbod). De inhoud en vorm van het beleid worden niet zozeer door een centrale actor bepaald alswel door de afzonderlijke met elkaar onderhandelende actoren. Beleid komt bottum up tot stand op een marktplaats, waarop de *bestuurder als marktpartij* functioneert. Echter, de grondwettelijke verantwoordelijkheden van de overheid voor de volksgezondheid weerhouden de bestuurders ervan, om de sectoren geheel over te laten aan de markt. Het derde paradigma betreft het politiek-maatschappelijk systeem. Daarin staan de verbindingen en koppelingen tussen verschillende en vaak ongelijksoortige actoren centraal die via strategische interacties met elkaar omgaan. Het formuleren en realiseren van publieke doelen is dan afhankelijk van de wijze waarop deze strategische interacties worden ingericht en plaatsvinden. De beleidsinhoud worden niet top down opgelegd, maar onderling vastgesteld. De bestuurder kan hierbij wel de koers aangeven. Dat gebeurt niet als dogma van bovenaf, maar krijgt vorm in de reeksen van interacties en besluitvormingsronden die door de *bestuurder als regisseur* in netwerken worden aangestuurd.

De gemeente als planner gaat uit van geordende beleidsprocessen volgens de fasen van agendavorming, probleemformulering, beleidsbepaling, besluitvorming, uitvoering en evaluatie. De gemeente als regisseur daarentegen gaat uit van complexe interactieprocessen tussen wederzijds afhankelijke actoren, waarbij de verschillende fasen van besluitvorming niet per definitie rationeel verlopen. De gemeente als planner kan enkel succesvol zijn bij eenduidige problemen die in deelproblemen zijn op te knippen en over de schakels van de keten verdeeld kunnen worden. De regisseursrol is meer van toepassing bij complexe problemen die vaak pas tijdens beleidsprocessen in volle omvang helder worden en waarvan de oplossing niet op voorhand vaststaat. De gemeente als planner is een ‘system controller’, terwijl de gemeente als regisseur een procesmanager is, die zich richt op het realiseren van condities om te komen tot succesvol beleid. De planner is vooral bezig de leiding te nemen, strategie en beleidsinhoud te bepalen en het proces daarop in te richten. De regisseur is vooral bezig netwerken te activeren, actoren bijeen te brengen, communicatie gaande te houden, en te zoeken naar ‘windows of opportunity’ om consensus tussen ongelijksoortige organisaties en individuen te bewerkstelligen. Met andere woorden, de planner is bezig met hiërarchische sturing en de regisseur met netwerkconstituering en netwerkmanagement. Het laatste gaat om het gezamenlijk opstellen van nieuwe regels, zowel formeel als informeel, voor het toelaten en meebeslissen van gesprekspartners in de beleidsvorming (De Bruijn, Ten Heuvelhof, & In 't Veld, 2002).

Hupe en Klijn zien de gemeente als netwerk- en procesmanager: ‘(...) als een soort actor die poogt het goed functioneren van het netwerk van organisaties te bevorderen. Dit is allesbehalve een eenvoudige rol en vereist van de gemeentelijke actoren veel vaardigheden, toewijding en een actieve instelling. Het betekent niet alleen dat de gemeente een overzicht heeft van het netwerk en contacten onderhoudt met de belangrijke organisaties uit dat netwerk, maar ook dat de gemeente zich bewust is van de beperkingen die de afhankelijkheden aan haar eigen optreden stellen.’ Condities voor lokaal gezondheidsbeleid zijn dan ook: het onderhouden van relaties, het bieden van organisatorische ondersteuning, het ontwikkelen van conflictreguleringsmechanismen en het maken van afspraken over gewenste uitkomsten en het ontwikkelen en vastleggen van evaluatiecriteria.

Alles bijeen genomen betekent een regisseursrol, in de zin van proces- of netwerkmanager, dus niet automatisch een teruggetrokken rol voor de lokale overheid. Het is wel een fundamenteel andere rol dan die van planner en regelsteller. Uiteraard past bij de rol van procesmanager de relativering dat overheden publiekrechtelijke bevoegdheden hebben die anderen ontberen.

#### *4.2 De gemeentelijke regierol in de openbare gezondheidszorg*

De rol van regisseur past bij de complexiteit van de beleidsnetwerken waarmee we te maken hebben als het gaat om gezondheid, zorg en welzijn. GGD-en, gemeentelijke diensten, woningcorporaties, welzijnsinstellingen, scholen, projectontwikkelaars, huisartsen, zorginstellingen en zorgverzekeraars, het slechts een greep uit de reeks van betrokken organisaties bij zorg en volksgezondheid. De afhankelijkheden om te komen tot afstemming zijn namelijk groot, er is niet één actor die de macht heeft om de wil aan andere op te leggen en er moet een veelheid aan belangen, doelen en waarden recht gedaan worden. Er is dus sprake van complexe netwerken, waarbinnen wederzijdse afhankelijkheid, ambiguïteit en dynamiek heersen. Hupe en Klijn (1997): ‘Voor een publieke actor als de gemeente gaat het erom actoren in de complexiteit van het netwerk tot samenwerking te brengen,

ze te prikkelen hun taakuitoefening mede te richten op het bereiken van gemeenschappelijk te formuleren doelen en initiatieven te belonen'. In deze redenering staat de gemeente voor de ingewikkelde taak om tussen alle betrokken organisaties en individuen samenhang te realiseren.

Dat gaat niet enkel via de traditionele weg waarin bevoegdheden wettelijk worden verankerd en de gemeente via hiërarchie, regels en controle bestuurt. Naast juridische en financiële beleidsinstrumenten zal de gemeente in sterke mate de communicatieve beleidsinstrumenten moeten inzetten (zie ook het hoofdstuk over sturingsinstrumenten elders in dit handboek). Dat betekent zogenaamde selectieve activering, prikkels aanbieden om samen te werken, variatie verwelkomen, 'benchmarking' en 'best practices' uitwisselen en verrichte activiteiten terugkoppelen en verantwoorden. 'De' rol van 'de' gemeentelijke overheid in 'de' netwerken van gezondheids- en zorgbeleid is niet voor te schrijven vanwege de grote verscheidenheid van lokale situaties. Lokale regie is eerder de kunst van het aanhaken bij bestaande initiatieven. De regisseur gaat doelzoekend in plaats van doelstellend te werk en legt veelal niet dwingend op. De regisseur geeft de richting aan. Zo ontluikt er een passend sturingsmodel voor lokaal gezondheidsbeleid door de gemeente.

Samengevat: om in de complexe beleidsnetwerken een regierol op passende wijze in te vullen is het 5 S-model van Hupe en Klijn toepasbaar (zie kader).

*Het 5 S model (Hupe en Klijn, 1997)*

- De eerste S staat voor stimuleren en legt de nadruk op het nemen van initiatief door de gemeente.
- De tweede S staat voor situëren, hetgeen de nadruk legt op het genereren van de kennis van en over de netwerken.
- De derde S staat voor steun creëren en richt zich op het bottom up realiseren van participatie en draagvlak.
- De vierde S staat voor structureren, waarbij de focus ligt op het realiseren van randvoorwaarden voor netwerkvorming.
- De vijfde S staat voor sturen, waarbij de nadruk gelegd wordt op het aanwijzen van richting.

Om de regierol voor gemeenten in de openbare gezondheidszorg extra te ondersteunen t.a.v. de interne afstemming voor intersectoraal beleid, zijn enkele instrumenten ontwikkeld om gezondheidseffecten van beleid in te schatten nog voordat dat beleid wordt vastgesteld. Om samenwerking te bewerkstelligen tussen de diensten van bijvoorbeeld de ruimtelijke ordening, woonbeleid of onderwijs en welzijn/volksgezondheid, moeten de institutionele barrières tussen deze sectoren omzeild worden. Hiervoor zijn twee zaken nodig: informatie over de relatie tussen het betreffende beleidsveld en gezondheid, en draagvlak bij de betreffende dienst. De ontwikkelde instrumenten zijn: de gezondheidseffectscreening (Fast, 2000)(die overigens aanvankelijk op rijksniveau is toegepast), de beleidsdeterminantenscreening en de quick scan facetbeleid (Van Hertem, Penris, Van Reeuwijk-Werkhorst, Vrij, & Reijneveld, 2003). Zie kader voor een voorbeeld van het gebruik van de gezondheidseffectscreening op gemeentelijk niveau.

*Gezondheidseffectscreening (GES) Dordwijk (Akkersdijk, 2003)*

De gemeente Dordrecht is voornemens om een gezondheidspark 'Dordwijk' te bouwen met woningbouw op een lokatie nabij een snelweg en een spoorweg. M.b.v. de GES is berekend wat de effecten zijn van het weg- en railverkeer op de luchtverontreiniging, stank, geluid en externe veiligheid. De GES is door de medisch milieukundige van GGD Zuid-Holland Zuid uitgevoerd, in samenwerking met de Milieudienst Zuid-Holland Zuid. De gemeente heeft één van de aanbevelingen overgenomen: de bouw van 40 woningen komt de vervallen i.v.m. slechte milieukwaliteit.

Een dergelijke gerichte procedure biedt voor intersectorale samenwerking de mogelijkheid om gezondheidseffecten van beleid bespreekbaar te maken op momenten dat er een 'window of opportunity' lijkt te ontstaan tussen verschillende beleidsnetwerken. Bovendien kan een meer globale

screening van de collegebegroting bijvoorbeeld de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid ondersteunen door juist die beleidsterreinen bloot te leggen, waar potentiële gezondheidseffecten van de beleidsvoorstellen te verwachten zijn en waar nader onderzoek plaats zou moeten vinden. De beleidsambtenaar en bestuurder, die verantwoordelijk zijn voor het lokale gezondheidsbeleid, kunnen de GES dus inzetten als een ondersteunend instrument om de integrale kwaliteit van het beleid te verhogen.

De gemeente neemt als regisserende actor dus een centrale positie in tussen verschillende netwerken die met elkaar verknoot moeten worden d.m.v. procesmanagement. Op die manier kan lokaal gezondheidbeleid tot stand komen op basis van een interactief beleidsproces, waarbij alle betrokkenen gehoord worden. Ook kan op deze manier het beste worden gewaarborgd dat het beleid uitvoerbaar is, omdat de uitvoerders (zorgaanbieders, GGD'en en zorgkantoren/verzekeraars) ook deel uitmaken van de doelgroep van het beleid. M.a.w. het beleid zal niet uitgevoerd worden als het niet minstens een compromis sluit met de behoeften van de doelgroep. Maar aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om tot lokaal gezondheidsbeleid te komen? En kunnen gemeenten hieraan voldoen? De volgende paragraaf gaat hierop in.

## **5. Implementatiestrategie voor lokaal gezondheidsbeleid**

Regisseren en processen managen klinkt mooi, maar hoe kunnen we de juiste strategie bepalen om tot lokaal gezondheidsbeleid te komen? Hierna worden een aantal stappen geboden om de randvoorwaarden te creëren waaronder de gemeente in staat moet worden geacht lokale netwerken van zorg, volksgezondheid en andere beleidssectoren met elkaar te verknopen.

### *5.1 Bepaal het perspectief op beleid en uitvoering*

Een traditionele opvatting van beleid en sturing gaat er vanuit dat beleid en de gevolgen van beleid objectief kenbaar en lokaliseerbaar zijn, alsmede te beheersen met behulp van coördinatie en afstemming tussen de variëteit van actoren zoals gemeenten, hogere overheden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, GGD-en, maatschappelijk werkers, professionals en woningcorporaties. In een tijd van financiële en beleidsinhoudelijke onzekerheid kan dit een aantrekkelijke gedachte lijken. Ondanks onderkenning van afstemmingsproblemen tussen schakels wordt echter vaak te snel overgegaan tot complexiteitsreductie via de introductie van nieuwe ordeningsprincipes. De kans is dan groot dat een aanbodgeoriënteerde benadering van de behoeften van burgers en van integraal gezondheids- en zorgbeleid het resultaat is. Het ketenconcept wordt vaak op dezelfde wijze gezien als middel om verschillende soorten van activiteiten te ordenen en af te stemmen.

Beck spreekt daarbij echter van de illusie van voorspelbaarheid en beheersbaarheid. Het is namelijk zeer de vraag of het in samenhang zien en benoemen van allerlei verschillende activiteiten recht doet aan de complexiteit en dynamiek van de behoeften van burgers, aan de verschillende organisatorische en bestuurlijke schaalniveaus en de vervlechting van publieke en private verantwoordelijkheden. Elk netwerk dat bij de verknoping betrokken is kent een set van eigen actoren, met eigen verantwoordelijkheden, doelen, waarden en belangen. Verschillende bestuurskundige leerstukken, zoals de wet van de vereiste variëteit, leren dat complexiteit enkel beheersbaar kan worden door de inzet van complexe en gevarieerde sturingsmechanismen. Dat relativeert het potentiële sturende vermogen van de lokale overheid in de beschreven netwerken van gezondheids- en zorgbeleid. Ogenscheinlijk eenduidige modellen bieden dus geen finale oplossingen voor sturingsvraagstukken rond integraal gezondheids- en zorgbeleid in vervlochten netwerken. Belangrijk is daarom het hanteren van een procesbenadering, waarbij het realiseren van open relaties en het vermijden van in zichzelf gekeerdheid bij de betrokken organisaties centraal staat.

### *5.2 Bepaal de aard en reikwijdte van de regierol*

Hoeveel beleidsvrijheid wordt gemeenten gelaten bij het invullen van een regierol? In de hernieuwde WCPV (2003) staat beschreven welke taken tot autonome gemeentelijke taken behoren en welke taken in medebewind moeten worden uitgevoerd.

Daarnaast worden veel zorg- en welzijnsvoorzieningen door particuliere organisaties geleverd en georganiseerd. Neemt de gemeente een dominantere rol in het netwerk in, welke gevolgen heeft

dat dan voor bijvoorbeeld de rol van zorgverzekeraars en zorgaanbieders? Wie beslist bijvoorbeeld welke zorgvoorzieningen waar moeten komen en wie financiert dat? Er zal daarnaast nauwgezet bekeken moeten worden welke voorzieningen, vanuit het belang van uniformiteit van beleid en gelijke behandeling, alsmede vanwege een passende functionele schaalgrootte, centraal dan wel decentraal georganiseerd en uitgevoerd kunnen worden door de overheid, het particulier initiatief of de markt. In feite is een onderliggende vraag of de lokale overheid de aangewezen actor is om de publieke belangen in de openbare gezondheidszorg als regisseur steeds te moeten waarmaken in een samenleving van verknoopte netwerken en infrastructuren.

Die vraag komt temeer naar voren als we de complexiteit en dynamiek van het gezondheids- en zorgbeleid en de organisatorische en bestuurlijke schaalniveaus die daarmee gemoeid zijn in ogenschouw nemen. Het al dan niet succesvol introduceren van een regierol voor gemeenten hangt nauwgezet samen met de vraag naar de (politiek en bestuurlijk) gewenste mate van autonomie van gemeenten, de (politiek en bestuurlijk) gewenste en haalbare taakafbakening met private partijen en het karakter van de voorzieningen. De introductie van een regierol voor gemeenten vraagt dus om een nadere inhoudelijke bepaling van de grenzen van integraal gezondheids- en zorgbeleid, alsmede om de bepaling ten koste van wat en wie de regie hierbij door de gemeente zal gaan.

### *5.3 Realiseer noodzakelijke randvoorwaarden*

Naast een inhoudelijke uitspraak over de reikwijdte van de regierol van gemeenten is het van belang de condities te schetsen waaronder een regierol werkt.

- Politiek-bestuurlijke randvoorwaarden.

Lokaal gezondheidsbeleid vraagt van gemeenten een strategie t.a.v. het ontwikkelen van de inhoud en het sturen van het proces. Daarvoor is een ‘gereedschapskist’ van juridische, financieel-economische, maar met name communicatieve instrumenten nodig. Daarbij kan worden gedacht aan bevoegdheden om in andere overlegcircuits in te treden om zo de bestaande netwerken te verknopen en te sturen.

- Financieel-economische randvoorwaarden

Bij de decentralisatie van taken naar gemeenten moet duidelijk zijn met welke middelen ze deze taken moet financieren. Decentralisatie in het kader van bezuinigingen zal in zeer beperkte mate leiden tot ‘commitment’ van de uitvoerders aan de doelen van het beleid. Daarmee komen we aan de randvoorwaarde van draagvlak.

- Maatschappelijke randvoorwaarden

In hoeverre is er maatschappelijk draagvlak voor een gemeentelijke regierol in de openbare gezondheidszorg? Lokaal gezondheids- en zorgbeleid is slechts dan mogelijk als de betrokken partijen intensief met elkaar samenwerken (Van Dijk, 2001). Daar is wederzijds vertrouwen voor nodig. Met name is er afstemming nodig over de regierollen van de provincie, de zorgkantoren en de gemeente.

- Technische randvoorwaarden

Technische condities richten zich op de formulering en de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid. Het beleid wordt op basis van consensus in het netwerk gekoppeld aan meetbare output- en prestatiecriteria, waarop het beleid geëvalueerd kan worden. Voor een goede uitvoering moeten competenties en instrumenten ontwikkeld worden. Om verknoping van netwerken te realiseren door het ontschotten van beleidssectoren, is publiek leiderschap nodig. De inzet van ICT voor het ‘monitoren’ van gezondheidstoestanden en de ontwikkeling van nieuwe organisatieconcepten kunnen dit ondersteunen.

### *5.4 Doordenk de strategie van beleid naar uitvoering*

Pakt het integrale beleid in de praktijk zo uit als de beleidsmakers bedoeld hadden? De realiteit is dat nieuwe taken en verantwoordelijkheden op andere bestuurlijke niveaus terecht komen in een reeds bestaande bestuurlijke praktijk met omgangsnormen, eigen codes en gewoonten (cultuur). De wijze waarop de roluitoefening door gemeenten plaats zal vinden hangt dus mede af van de lokale verhoudingen tussen woningcorporaties, welzijnsinstellingen, wethouders, lokale ondernemers en dergelijke. Persoonlijke verhoudingen zijn daarbij niet zelden onbelangrijk en sturen de wijze waarop het beleid uitwerkt. Daarom is het voor de verknoping van de netwerken voor lokaal gezondheidsbeleid van belang om het dominante sturingsmodel (het denken in structuren en

uniformiteit van beleid) te verleggen naar het management van situatie afhankelijke processen in complexe netwerken.

Daarnaast is het te verwachten, dat de ontwikkelingen t.a.v. vermaatschappelijking van zorg, extramuralisering en deconcentratie van zorgvoorzieningen in de toekomst door zullen zetten. De gemeente zal tot een structureel overleg moeten zien te komen met de zorgkantoren en provincies. In de toekomst valt ook te verwachten dat er een groter appèl zal worden gedaan op de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Ook met hen zal de gemeente om de tafel moeten om de taken en bevoegdheden op elkaar af te stemmen..

## 6. Conclusies

De complexiteit en onzekerheid nemen in de bestaande netwerken van zorg, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening sterk toe. Er is sprake van sectorale verschuivingen doordat vraagstukken aan elkaar raken en diffuser worden, maar ook doordat verschillende bestuurlijke schaalniveau's en actoren bij de oplossing ervan betrokken moeten zijn. De bestaande instituties passen zich maar moeilijk daarop aan en vertonen scheuren.

De vraag, die in dit hoofdstuk centraal staat, is: hoe gemeenten lokaal gezondheidsbeleid kunnen maken en uitvoeren, waarbij zij rekening houden met de complexiteit van de voorheen gescheiden sectoren volksgezondheid en gezondheidszorg. De nieuwe verplichting voor gemeenten om lokaal gezondheidsbeleid te ontwikkelen en expliciteren in een nota noopt hen ertoe om deze bestaande instituties te doorbreken en de verschillende netwerken aan elkaar te verknopen. Lokaal en regionaal kunnen de verschillen wel groot zijn als het gaat om de gemeentelijke betrokkenheid, de rol die private actoren spelen en de wijze waarop intersectoraal beleid geformuleerd en uitgevoerd wordt. Belangrijker dan top down een nieuwe gemeentelijke plannende rol in deze netwerken te verankeren is om 'in de sfeer van randvoorwaarden de ontwikkelingen enigszins beheersbaar te houden'.

In dit artikel is een alternatief verkend dat leunt op een gemeentelijke regierol ten behoeve van de openbare gezondheidszorg (OGZ) in netwerken van maatschappelijke groeperingen en marktpartijen. Deze regierol bestaat uit twee componenten: enerzijds het verknopen van bestaande netwerken tot een nieuw OGZ netwerk (= netwerkconstituering (De Bruijn et al., 2002); anderzijds het onderhouden en sturen van dit netwerk (netwerkmanagement, (De Bruijn et al., 2002). Om dat goed te kunnen doen, moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan. De belangrijkste betreffen het zorgen voor politiek-bestuurlijk draagvlak, inzicht in zorgprocessen en voorzieningen, de financiële middelen en de professionaliteit om de taken lokaal uit te kunnen voeren. Vervolgens kan de gemeente aan de slag door de actoren in het netwerk te *stimuleren*, het netwerk te *situëren*, *steun* te creëren, randvoorwaarden te *structureren* en het geheel te *sturen*. Publiek leiderschap van de gemeente is daarvoor onontbeerlijk. De bestuurlijke wil zorgt er in de meeste gevallen voor dat de mogelijkheden gecreëerd worden.

Inhoudelijk moeten gemeenten zich bewust worden van de hoeveelheid maatregelen die vaak al zijn opgenomen in het beleid van andere sectoren en de mogelijkheden die daar liggen voor de volksgezondheid. Daarnaast is in de toekomst een structurele afstemming met de zorgkantoren/verzekeraars en de provincie nodig om de gemeentelijke regisseur in de OGZ te positioneren t.o.v. andere regisseurs in de zorg. De gemeentelijke meerwaarde ligt in de verknoping van de zorgvraag, het zorgaanbod en de financiering met de collectieve preventie, waar de gemeente expliciete bevoegdheden en beleidsvrijheid heeft die de andere actoren ontberen.

## Literatuurlijst

1. Akkersdijk, I. G. (2003). *Gezondheids Effect Screening (GES) bij stedenbouwkundig plan Gezondheidspark Dordwijk te Dordrecht*. Dordrecht: GGD Zuid-Holland Zuid.
2. Algemene Rekenkamer (2003). *Tussen beleid en uitvoering*. Den Haag: SDU.
3. Bekkers, V.J.J.M., M. Thaens, V.M.F. Homburg, J. Ragetlie en M. de Rooij (2002). *De keerzijde van verbonden netwerken: de relatie overheid-burger in de risicosamenleving*. Delft: Eburon.
4. Booij-Fuite, A.M. (1989). *Gemeenten en eerstelijnszorg*. Den Haag: VNG.
5. Boot, J. M., & Knappen, M. H. J. M. (1996). *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Utrecht: Het Spectrum.
6. Bruijn, J.A. de, E.F. ten Heuvelhof (1995). *Netwerkmanagement: strategieën, instrumenten en normen*. Utrecht: Lemma.
7. De Bruijn, H., Ten Heuvelhof, E., & In 't Veld, R. (2002). *Process management. Why project management fails in complex decision making processes*. Boston, Dordrecht, London: Kluwer Academic Publishers.
8. Dekker, E., & Van der Grinten, T. E. D. (1995). Tien jaar facetbeleid: terugblik en perspectief. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*(73), 484-492.
9. Derksen, W. (2001). *Lokaal Bestuur*. Den Haag: Elsevier.
10. Fast, T. (2000). *Handboek GES Stad en Milieu*. Bilthoven: RIVM/Fast Advies.
11. Garretsen, H., W. de Haes en M. Schrijver et al., (1994). *Lokaal Gezondheidsbeleid*. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum.
12. Grunwald, C.A. en A.A.J. van der Kwartel (1996). 'Orderingsprocessen in de gezondheidszorg: de ongrijpbare regio', *Beleid en Maatschappij*, nr. 5: 223-263.
13. Gunning-Schepers, L. J. (1992). *Volksgezondheid, toetssteen van het beleid*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
14. Heffen, O. van, en A.H.M. Kerkhoff (1997). *Beleidsvoering in de algemene gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
15. Houwaert, E. S. (1991). *De Hygiënist. Arsten, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij.
16. Hupe, P.L. en E.H. Klijn (1997). *De gemeente als regisseur van het preventief jeugdbeleid*. Utrecht: Sardes.
17. Huurman, J. (2003). Volksgezondheid in spagaat tussen gemeentelijke democratie en landelijke uniformering. *G'. Vakblad over gezondheid en maatschappij*(2), 12-14.
18. Inspectie voor de Gezondheidszorg. (1995). *Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie*. Rijswijk: IGZ.
19. Jeurissen, P.T.T., en K. Putters (2001). *Ordeningen in de Nederlandse gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.
20. Koomans, L.P. (1994). *Bouwstenen voor gemeentelijk welzijnsbeleid: instrumenten voor de vorming van lokaal beleid*. Den Haag: Vuga.
21. Kornalijnslijper, N., Schoenmakers, C., & Serrée, B. (2002). *Monitor Lokaal Gezondheidsbeleid. Resultaten nulmeting*. Den Haag: VNG: SBGO.
22. Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Ministry of Supply and Services.
23. Mascini, M. T. (2003). *De kunst van het regisseren. De gemeentelijke regie in de openbare gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
24. Meijer, A. W. M. (1993). *De GGD, de Gemeentelijke Geheime Dienst? 40 bekende en onbekende uitdagingen voor lokaal gezondheidsbeleid, de gemeente, haar GGD en de kwaliteit van collectieve preventie*. Paper presented at the De GGD op weg naar 2000.
25. Platform Openbare Gezondheidszorg. (2000). *Spelen op de winst. Een visie op de openbare gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
26. Putters, K. (2001). *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
27. Putters, K. (2003). *De zorg van het lokaal bestuur*. Achtergrondstudie bij RVZ advies 'Gemeente en zorg'. Zoetermeer: RVZ.

28. Raad voor het Openbaar Bestuur. (1999). *Op het toneel en achter de coulissen. De regiefunctie van gemeenten*. Den Haag: ROB.
29. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2003). *Gezondheid in de grote steden*.
30. Raad voor het Openbaar Bestuur (2003). *Veiligheid op niveau: een bestuurlijk perspectief op de toekomst van de veiligheidsregio's*. Den Haag: ROB.
31. Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (2003). *Bevrijdende kaders: sturen op verantwoordelijkheid*. Den Haag: RMO.
32. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1995-2003 (o.a. De rollen verdeeld).
33. RIVM (2003). *Gezondheid in de grote steden: kernboodschappen*. Bilthoven: RIVM.
34. Schuyt, C.J.M. (1980). 'De fragmentering van bestuur en beleid in de verzorgingsstaat'. In: Gevers, J.K.M. en R.J. in 't Veld, *Planning als maatschappelijke vormgeving*. Deventer.
35. Teisman, G.T. (1992). *Complexe besluitvorming: een pluricentrisch perspectief op besluitvorming over ruimtelijke investeringen*. Den Haag.
36. Tjeenk Willink, H.D. (1984). *De mythe van het samenhangend overheidsbeleid*. Zwolle (oratie).
37. Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2001-2002). *28063, nr. 3. Wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Memorie van Toelichting*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
38. Van der Grinten, T.E.D., en J.P. Kasdorp, 1999. 'Choices in Dutch health care: mixing strategies and responsibilities', *Health Policy*, 50: 105-122.
39. Van Dijk, J. P. (2001). *Gemeentelijk gezondheidsbeleid. Omvang en doelgerichtheid*., Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
40. Van Dijk, J. P., Groothoff, J. W., Herwijer, M., & Post, D. (2003). Omvang van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. *TSG*, 81(2), 103-107.
41. Van Herten, L., Penris, M., Van Reeuwijk-Werkhorst, J., Vrij, J., & Reijneveld, M. (2003). *Instrumenten voor facetbeleid. Projectverslag*. Leiden/Bilthoven: NSPH, TNO, RIVM, GGD Nederland.
42. Van Oers, J. A. M. (Ed.). (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002*. Bilthoven: RIVM centrum VTV.
43. VNG. (3 september 2002.). Gewijzigde Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. *Ledenbrief Vereniging van Nederlandse Gemeenten*.
44. Vulto, E. M., Boelens, E., & Schreuder, R. F. (2001). *Gezondheidszorg en lokaal bestuur. Resultaten besprekingen van de projectgroep 'Optimalisering lokale en regionale samenwerking' van Health Management Forum*. Zoetermeer: Health Management Forum.
45. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1997). *Volksgezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers.