

De organisatie van basisgezondheidszorg in de toekomst

M. Kastelein, W. Davidse, E.W. Bergsma, H.P.A. van de Water *

In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een recent afgerond onderzoek 'Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg' (BaGZ). Het gaat bij de studie vooral om de voorbereiding van preventieprogramma's (epidemiologie, advisering en programma-ontwikkeling). Het doel van het scenario-onderzoek is om mogelijke toekomstige ontwikkelingen in de organisatie van de collectieve preventie te schetsen teneinde een discussie over de gewenste toekomstige organisatie te stimuleren. Beoogd is om contrasterende maar toch plausibele scenario's te ontwerpen. Deze zijn gebaseerd op twee tegenstellingen: a BaGZ als overheidstaak of overgelaten aan het marktmechanisme, b bestuurlijke en organisatorische centralisatie tegenover decentralisatie. Drie scenario's zijn uitgewerkt: een lokaal en een nationaal overheidsscenario

rio tegenover een marktscenario. Zij worden geïllustreerd met praktijkvoorbeelden op twee deelgebieden: de infectieziektenbestrijding en preventieve zorg voor ouderen. Tenslotte wordt nagegaan hoe andere terreinen van de basisgezondheidszorg er uit zouden zien onder de scenariocondities. Geconcludeerd wordt dat het lokale scenario onvoldoende rekening houdt met de beperkingen om op gemeentelijk niveau de epidemiologie te beoefenen. Wel bestaan hier gunstige voorwaarden voor programma-uitvoering. Er lijken geen principiële onmogelijkheden te bestaan om markt-elementen te introduceren in de BaGZ. Een dergelijke keuze kan nadelige gevolgen hebben voor minder draagkrachtigen in de bevolking.

Trefwoorden: basisgezondheidszorg, organisatie, toekomstscenario's

In de gezondheidszorg zijn de laatste jaren ingrijpende — bestuurlijke en organisatorische veranderingen in gang gezet. Tot dusverre hebben deze vooral betrekking op de curatieve sector en minder op de basisgezondheidszorg (BaGZ). Onzeker is evenwel of deze laatste sector zich in de toekomst in ongewijzigde vorm zal kunnen handhaven. Door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO is onlangs een studie naar de toekomst van de BaGZ afgerond (Davidse e.a. 1991) (zie noot). Als vraagstelling van dit onderzoek geldt wat mogelijke toekomstige ontwikkelingen in de organisatie van de BaGZ zijn. Het onderzoek vond plaats in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG), die vanaf 1984 een reeks scenariostudies in de gezondheidszorg door verschillende instituten heeft laten uitvoeren.

Doel van dit artikel is om de belangrijkste resultaten van de scenariostudie te presenteren. De opzet is als volgt. Eerst vindt een omschrijving van enkele begrippen plaats. Vervolgens wordt ingegaan op de opzet van de studie. Hierna wordt ingegaan op de theoretische basis van de scenario's. Deze worden geïllustreerd aan de hand van twee deelgebieden, de infectieziektenbestrijding en preventie voor ouderen. Aan de hand van praktische voorbeelden zijn de consequenties nagegaan. Tenslotte worden enkele conclusies getrokken.

BEGRIPPEN

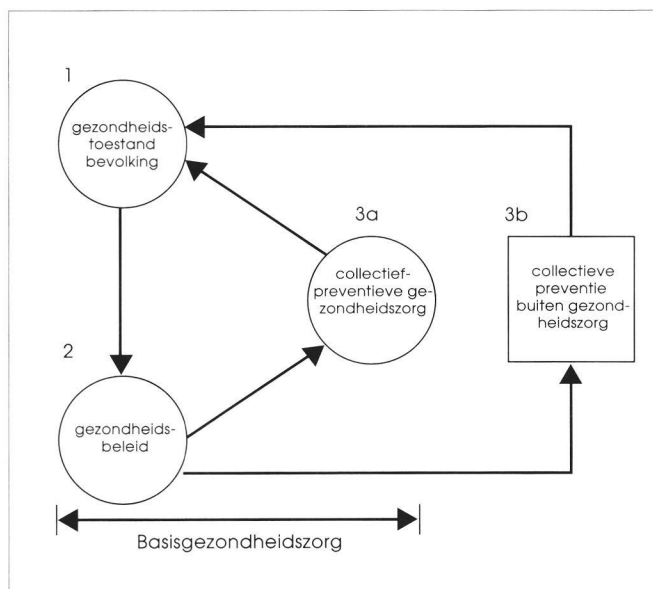
Een *scenario* kan worden omschreven als "een beschrijving van de huidige toestand van een samenleving (...) van mogelijke en wenselijke toestanden daarvan, alsmede van reeksen gebeurtenissen die ... naar die toestanden zouden kunnen leiden" (Van Houten e.a. 1982). Scenariostudies wijken af van wetenschappelijk onderzoek, aangezien zij zich baseren op aannames over de toekomst. Deze kunnen slechts ten dele gegrond worden op wetenschappelijke gegevens; in keuzen en verdere uitwerking liggen speculatieve elementen besloten. Scenario's zijn nadrukkelijk géén voorspellingen. Het gaat om doordachte beelden van mogelijke ontwikkelingen die een aanzet bieden tot discussie over wenselijke ontwikkelingen.

Basisgezondheidszorg is het gedeelte van de gezondheidszorg dat zich bezig houdt met collectieve preventie. In de studie wordt over BaGZ gesproken wanneer de volgende kenmerken gelden:

- preventief (het voorkómen of vroegtijdig opsporen van ziekten en het bevorderen van gezondheid);
- collectief (gericht op de gehele bevolking of groepen daarin);
- actief (de BaGZ is initiatiefnemer, in tegenstelling tot de curatieve zorg);
- programmatisch (aanbod van programma's, gericht op de doelgroepen);
- gebaseerd op de volksgezondheidstoestand (ontworpen op grond van informatie over de toestand van de volksgezondheid).

In de scenariostudie is uitgegaan van de functies van de basisgezondheidszorg. Bestaande instellingen komen al-

* M. Kastelein, W. Davidse, E.W. Bergsma, H.P.A. van de Water, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO, Afdeling Volksgezondheid en Praeventie, Leiden



Overzicht Schematische weergave van de basisgezondheidszorg

leen aan de orde in het licht van hun *functies* in de BaGZ. Het gaat om voorbereiding en uitvoering van preventie. Bij *programmaprocedure* zijn drie functies in het geding (Van de Water 1989a):

- signaleringsfunctie: verwerven van inzicht in de toestand van de volksgezondheid (epidemiologische functie);
- adviseringsfunctie: over gesignaleerde problemen worden oplossingen geadviseerd (binnen en eventueel ook buiten de gezondheidszorg);
- programma-ontwikkeling: preventiemaatregelen kiezen (op basis van inzicht in de aetiologie, preventiemogelijkheden en doelmatigheid).

Tenslotte vindt de feitelijke *uitvoering* plaats.

In het overzicht wordt de basisgezondheidszorg schematisch weergegeven.

BaGZ gaat uit van de gezondheidstoestand van de bevolking (nr. 1). Het inzicht hierin geeft aanleiding tot het formuleren van gezondheidsbeleid (nr. 2). De op grond hiervan te ontwikkelen programma's worden binnen de gezondheidszorg uitgevoerd (nr. 3a) of erbuiten (nr. 3b). In dit laatste geval wordt gesproken van facetbeleid. Hierbij ontplooit de gezondheidszorg - met het oog op de preventie - initiatieven om maatregelen te (doen) treffen in een andere sector dan de gezondheidszorg. Een voorbeeld zijn de eisen aan de hygiëne in de voedingsindustrie.

OPZET VAN DE SCENARIOSTUDIE

Het onderzoek 'Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg' is in verschillende fasen uitgevoerd die elk afgesloten zijn met een rapport. In een eerste terreinverkenning zijn belangrijke gezondheidsvraagstukken en determinanten per leeftijdscategorie geïnventariseerd (Davidse e.a. 1989a). Het terrein van de BaGZ is uitgestrekt. Scenario's over het hele terrein van de BaGZ zouden erg algemeen worden. Daarom is ervoor gekozen de scenario's uit te werken op twee deelgebieden (Van de Water e.a. 1989b):

- infectieziektenbestrijding (de signaleringsfunctie, verwant aan wat surveillance wordt genoemd), als gevestigd onderdeel van de BaGZ; verwacht wordt dat de incidentie van verschillende infectieziekten zal toenemen (Huisman 1988);
- collectief-preventieve zorg voor ouderen (bestuurlijke en organisatorische vormgeving) omdat de gezondheidspro-

blematiek als gevolg van de vergrijzing in belang toeneemt en aandacht geschonken kan worden aan facetbeleid.

In een basisanalyse zijn landelijke gegevens over de huidige situatie en over de organisatie van de BaGZ op beide terreinen beschreven (Davidse 1989b). Tenslotte zijn scenario's ontworpen en toegepast. Het uiteindelijke scenario-rapport vat tevens de belangrijkste bevindingen uit de eerdere rapporten samen.

De gegevensverzameling vond plaats door literatuurstudie, raadpleging van deskundigen en het veld door middel van interviews en vragenlijsten. De volgende thema's stonden daarbij centraal: het belang dat BaGZ-medewerkers hechten aan collectieve preventie; de huidige situatie bij infectieziektenbestrijding en preventie voor ouderen; knelpunten daarbij in de huidige situatie; verwachtingen en wenselijkheden voor de toekomst volgens de ondervraagden; de invloed van verschillende maatschappelijke factoren zoals de vergrijzing, de technologische en economische ontwikkelingen op de BaGZ.

In afwijking van andere scenariostudies, omvatte dit onderzoek geen zogenaamde Delphi-studie. De scenario's die op basis van het onderzoek werden ontworpen, zijn in twee 'workshops' met deskundigen uitvoerig besproken.

RESULTATEN

De uitgangssituatie

Bij de huidige organisatie van de BaGZ zijn verschillende 'partijen' betrokken:

- de rijksoverheid bereidt preventieprogramma's voor ten aanzien van specifieke problemen of onderdelen van de BaGZ; uitvoering vindt gedeeltelijk plaats op lokaal niveau;
- op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Ministerie van WVC 1990a), vormt voorbereiding en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid een verantwoordelijkheid van het gemeentebestuur;
- instanties uit het particulier initiatief, zoals wijkverpleging en huisartsen zijn betrokken bij de uitvoering van collectieve preventie.

De infectieziektenbestrijding vormt een gevestigd terrein in de BaGZ. Er bestaat wetenschappelijk inzicht in epidemiologie en mogelijkheden tot preventie. Op basis hiervan is gezondheidsbeleid ontwikkeld en vindt collectieve preventie binnen en buiten de gezondheidszorg plaats. Voor de signalering van infectieziekten wordt gebruik gemaakt van de aangiften door de behandelend artsen. Van andere gegevensbronnen, zoals laboratoria, wordt (nog) vrij weinig gebruik gemaakt. Bij de uitvoering van infectieziektenbestrijding kunnen genoemd worden: de behandelend artsen, de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), de streeklaboratoria, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM), de geneeskundige inspectie, de kruisverenigingen en de provinciale entadministraties (Rijksvaccinatieprogramma).

Preventie voor ouderen is een relatief 'nieuw' gebied. Wetenschappelijk inzicht in mogelijkheden voor preventie bij ouderen ontbreekt grotendeels in de BaGZ. Op nationaal niveau is (preventief) gezondheidsbeleid voor ouderen nog weinig ontwikkeld. Desondanks worden op lokaal niveau wel initiatieven voor de ontwikkeling van

preventief ouderenbeleid gevonden. Daarbij gaat het vaak om facetbeleid waarbij de inbreng van de BaGZ beperkt is. Ook bij de uitvoering van lokale initiatieven spelen voorzieningen buiten de gezondheidszorg vaak een belangrijke rol. Een voorbeeld hiervan is ongevalspreventie voor ouderen in veel gemeenten. Samenwerking vindt plaats tussen wijkverpleging, de Stichting Consument en Veiligheid, GGD en andere gemeentelijke diensten. In de zorg voor ouderen zijn de laatste jaren op beperkte schaal ook commerciële activiteiten tot ontwikkeling gekomen (bijvoorbeeld bewakingsfirma's die tegen vergoeding de woning van ouderen controleren en commerciële thuiszorg).

Ontwerp van de toekomstscenario's

Bij de beschrijving van de huidige organisatie van de BaGZ wordt geconstateerd dat het overheidsbeleid hierin de dominante factor is. Veranderingen in de problematiek van de infectieziekten, veranderende technologie, economische ontwikkeling of vergrijzing beïnvloeden de organisatie van de BaGZ slechts in bescheiden mate. Wanneer de overheid beslissingen neemt om bijvoorbeeld een infectieziekte aan de lijst toe te voegen of introductie van een nieuwe technologie in de BaGZ te aanvaarden, verandert de organisatie van de BaGZ. Dit betekent dat maatschappelijke ontwikkelingen de organisatie van de BaGZ vooral indirect, via overheidsbeleid, beïnvloeden.

De scenario's zijn daarom ontworpen op basis van twee aspecten van het overheidsbeleid, namelijk:

a geeft de overheid richting aan de gezondheidszorg of wordt dit overgelaten aan de markt van vraag en aanbod?
b welke mate van bestuurlijke centralisatie vindt in de gezondheidszorg plaats?

Op basis van deze theoretische tegenstellingen zijn vier scenario's mogelijk: een decentraal en een centraal overheidsscenario, alsmede een pluriform en een monopolistisch marktscenario. In de scenariostudie wordt verder geen onderscheid gemaakt tussen beide marktscenario's. Hier wordt uitgegaan van één, pluriform marktscenario, omdat de overheid met de introductie van het marktmechanisme juist beoogt om concurrentieverhoudingen te scheppen. De drie resulterende scenario's kunnen als volgt worden samengevat.

In het lokale scenario wordt uitgegaan van verdergaande decentralisatie van gezondheidsbeleid als taak voor gemeenten. In het nationale scenario wordt aangenomen dat centralisatie optreedt, waarbij de rijksoverheid een sturende rol op zich neemt. In het marktscenario wordt uitgegaan een terugtrekkende overheid die - waar mogelijk - afziet van sturing en deze overlaat aan een markt van concurrerende verzekeraars en aanbieders van zorg.

Beperkingen van de scenario's

Hoewel het voor de scenario's aantrekkelijk is om ze zodanig te ontwerpen dat zij sterk contrasteren, dienen zij tegelijk enigszins geloofwaardig te zijn (De Leon 1975). In hoeverre zijn bovenstaande contrasten nu geloofwaardig?

Bij het eerste contrast gaat het om de condities waaronder activiteiten in de BaGZ via het marktmechanisme lopen tegenover de noodzaak van overheidsingrijpen. Vanuit het gezichtspunt van de economie van de gezond-

heidszorg kan een aantal mogelijkheden en beperkingen voor het marktmechanisme in de gezondheidszorg worden afgeleid (Lapré 1986, Schut & Lapré 1988):

- preventie kan via de markt functioneren wanneer het aanbod individualiseerbaar is (aan individuen aangeboden kan worden) en er potentiële vraag bestaat;
- preventie kan niet goed via de markt werken als het aanbod een collectief karakter heeft, omdat de prijs voor het individu moeilijk vastgesteld kan worden (bijvoorbeeld Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding);
- de markt functioneert evenmin wanneer baten voor een individu verschillen van die voor de samenleving omdat het individu deze zogenaamde 'externe effecten' voor anderen niet meeweegt;
- ook kunnen preventieve activiteiten niet via de markt lopen wanneer er - afgezien van het 'algemeen belang' - geen koopkrachtige vraag is (bijvoorbeeld het verzamelen van algemene epidemiologische informatie);
- tenslotte is een algemeen probleem dat onderconsumptie optreedt doordat (mogelijke) baten van preventie voor een individu vaak veel later komen dan de (zekere) kosten: niet iedereen investeert zelf in een onzekere toekomst. Aangenomen wordt dat - wanneer preventie belangrijk wordt gevonden - sommige werkzaamheden door de overheid voorgeschreven zullen moeten worden. Een voorbeeld hiervan is de bestrijding van infectieziekten, zoals seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Doordat individuen onvoldoende rekening houden met het risico dat zij zelf anderen kunnen besmetten (externe effecten) vindt onderconsumptie van preventie plaats (zij nemen bijvoorbeeld onvoldoende preventieve maatregelen en laten zich onvoldoende screenen) en zullen marktmechanismen niet voldoende functioneren.

Het tweede contrast is dat tussen centralisatie en decentralisatie. Dit contrast is minder scherp en hangt samen met doelmatigheidsoverwegingen. Centralisatie valt te bepleiten wanneer het gaat om gezondheidsproblemen van de gehele bevolking (het is bijvoorbeeld ondoelmatig om in elke gemeente afzonderlijk een preventieprogramma tegen hart- en vaatziekten te ontwikkelen); en wanneer het gaat om vraagstukken die een hoge mate van specialistische deskundigheid vergen (deze kan decentraal niet doelmatig worden gehandhaafd).

In andere gevallen is decentralisatie gewenst: *a* bij de voorbereiding van programma's die gericht zijn op problemen die specifiek zijn voor een bepaald gebied (bijvoorbeeld lokale onveilige situaties); *b* bij facetbeleid (bijvoorbeeld wanneer praktische samenwerking met het veld van uitvoerende organisaties buiten de gezondheidszorg nodig is); *c* bij de feitelijke uitvoering van preventie-programma's waarbij persoonlijk contact noodzakelijk is.

Bovenstaande overwegingen worden betrokken in de uitwerking van de scenario's.

Toepassing van de scenario's

- Het lokale scenario

De BaGZ wordt verder gedecentraliseerd. Beslissingen over voorbereiding en uitvoering van programma's worden genomen door de gemeente.

Bij *infectieziektenbestrijding* wordt de organisatie van de surveillance mede bepaald door de informatie die

nodig is voor adequate bestrijding. Hierbij draait het om de aangifteplicht voor behandelend artsen en de vraag welke gegevensbronnen gebruikt kunnen worden. Evenals in de huidige situatie zal vaak sprake zijn van lokale GGD'en met een beperkte schaalgrootte. Wanneer beslissingen over de surveillance afhankelijk zijn van de gemeente komt de infectieziektenbestrijding in dit scenario zowel bij de gemeenten als bij beroepsbeoefenaren nog meer in concurrentieverhouding tot andere taken.

Als *collectieve preventie voor ouderen* een lokale aan gelegenheid is, kan de aandacht in sommige gemeenten groeien, maar in andere afnemen. Lokale bekendheid van betrokken hulpverleners schept mogelijkheden voor facetbeleid (voorbeelden zijn praktische maatregelen gericht op onveilige situaties of het benutten van sportaccommodaties door ouderen) en samenwerking tussen de plaatselijke hulpverleners (bijvoorbeeld bevordering van de vaccinatie van ouderen tegen influenza door huisartsen).

■ Het nationale scenario

Hier ligt de nadruk op centrale voorbereiding van preventieprogramma's. De uitvoering vindt gedeeltelijk centraal plaats. Omdat voor bepaalde vormen van preventie persoonlijk contact nodig is, ontstaat een getrapte organisatie met decentrale uitvoeringsorganen op lokaal of regionaal niveau (onder verantwoordelijkheid van de centrale overheid).

In het nationale scenario over *infectieziektenbestrijding* vindt centralisatie plaats door de introductie van een landelijk centrum voor infectieziektenbestrijding dat de surveillance uitvoert. Voor de passieve surveillance betreft dit centrum gegevens direct van de (streek)laboratoria, van waaruit ook bron- en contactonderzoek plaatsvindt. Tevens wordt actieve surveillance opgezet door het scheppen van centrale mogelijkheden voor epidemiologisch onderzoek ter plekke. Derhalve is de aangifteplicht voor behandelend artsen niet noodzakelijk meer en kan vervallen. Deze wordt vervangen door een aangifteplicht voor de laboratoria.

Voor *ouderen* zullen in dit scenario op basis van epidemiologisch en ander wetenschappelijk onderzoek nationale preventieprogramma's worden voorbereid. De uitvoeringsorganen zijn niet direct betrokken bij programma-vorbereiding. Facetbeleid vereist coördinatie tussen ministeries.

■ Het marktscenario

In principe komen alleen preventieprogramma's tot stand wanneer een markt van (koopkrachtige) vraag en aanbod bestaat.

Bij *infectieziekten* vormt besmetting een risico voor de patiënt maar ook voor anderen (externe effecten). Met de risico's voor anderen houdt het individu onvoldoende rekening bij de beslissing om geld uit te geven aan infectieziektenbestrijding. Daarom schrijft de overheid bepaalde activiteiten voor (bijvoorbeeld bron- en contactopsporing). Financiering geschiedt uit de wettelijk verplichte ziektekostenverzekering. De uitvoering geschiedt door aanbieders van zorg. Concurrentie om de gunst van verzekerden bestaat tussen verzekeraars onderling en om de gunst van verzekeraars tussen aanbieders van preventieve zorg.

Bij *ouderen* is geen sprake van risico's voor anderen (externe effecten). De overheid acht het onnodig om pre-

ventie voor te schrijven. Een aanname is dat bestaande mogelijkheden voor een commerciële markt van 'preventie voor ouderen' worden benut. Marktpartijen zijn individuele ouderen, ouderenbonden, het particulier initiatief, verzekeraars en de industrie. Deze partijen streven verschillende doelen na. Informatievoorziening is gekoppeld aan marketing en belangenbehartiging. Zulke informatie wordt niet uitgewisseld tussen concurrenten. Hierdoor dragen activiteiten een versnipperd karakter. Preventie komt beschikbaar voor koopkrachtige groeperingen.

DISCUSSIE

De gevolgen van de scenario's zijn beredeneerd ten aanzien van aspecten zoals bestuur en organisatie, doelmatigheid, informatievoorziening en deskundigheid. Een belangrijke vraag is voorts wat de scenario's betekenen voor het verwezenlijken van de doelstelling, het bevorderen van de volksgezondheid.

Bestuur en organisatie

Ten aanzien van de bestuurlijke eenvoud, afstemming en democratische controle door de bevolking is het lokale scenario waarschijnlijk in het voordeel. Hierbij hoort de kanttekening dat de surveillance voor de infectieziektenbestrijding een medische aangelegenheid is, waarbij de relevantie van democratische controle gering is. Bij collectieve preventie voor ouderen lijkt het lokale scenario vooral bij uitvoering en bij facetbeleid in het voordeel.

Doelmatigheid

In principe behoeft bij een gelijk aanbod van preventieve maatregelen in alle drie scenario's geen verschil in kosten te bestaan. In het marktscenario zullen de aanbieders zich beperken tot vormen van preventie die winstgevend, of tenminste kostendekkend zijn. De kosten hiervan liggen lager dan de kosten van een door de overheid vastgesteld pakket, omdat deze - op grond van het algemeen belang - ook niet-winstgevende maatregelen zal opnemen. Of het lokale, dan wel het nationale overheidsscenario doelmatiger is, hangt vooral af van de aard van de problematiek (lokaal bepaald of algemeen).

Kwaliteit en deskundigheid

Wat betreft de kwaliteit van de informatievoorziening en deskundigheid biedt het nationale scenario voordelen. In veel gevallen is epidemiologische analyse alleen op bovengemeentelijk niveau zinvol. Voorts kunnen de deskundigheid en continuïteit alleen bij voldoende schaalgrootte van de GGD doelmatig worden gehandhaafd. Dit geldt zowel voor infectieziektenbestrijding als bij preventie voor ouderen. Deze overweging geldt in de gevallen waar specialistische deskundigheid nodig is. Wanneer het gaat om preventie ten aanzien van lokale vraagstukken, zoals de lokale verkeersveiligheid, kan het lokale scenario voldoen. In het marktscenario zal de kwaliteit, deskundigheid en doelmatigheid alleen op deelterreinen gewaarborgd zijn.

Bereiken van preventieve doelstellingen

Doel van gezondheidsbeleid is om de gezondheid van de bevolking in stand te houden of te verbeteren door het beïnvloeden van de determinanten van gezondheid. In

welk van de scenario's is deze doelstelling het best te verwezenlijken?

Bij *infectieziektenbestrijding* lijkt dat het nationale overheidsscenario te zijn. Het gaat immers om vraagstukken in de gehele bevolking, waarbij epidemiologische informatievoorziening en specialistische deskundigheid een belangrijke rol spelen. De GGD'en in het lokale scenario zijn veelal niet in staat deze in stand te houden. In het marktscenario is overheidsbemoeienis nodig om preventie te garanderen. Naarmate meer aan de markt wordt overgelaten, wordt de drempel van de koopkracht belangrijker.

Bij *collectieve preventie voor ouderen* zijn de gevolgen van de verschillende scenario's voor de effectiviteit van preventie onzeker. Het nationale scenario biedt de meeste garanties dat preventieve programma's verantwoord worden ontwikkeld en worden geëvalueerd. Bij maatregelen ten aanzien van specifieke, lokale problemen en bij facetbeleid lijkt het lokale scenario in het voordeel. Dit geldt ook voor de uitvoering van programma's, vooral wanneer individuele contacten nodig zijn. In gemeenten waar preventie een lage prioriteit krijgt vallen de mogelijke voordelen van het lokale scenario per definitie weg. In het marktscenario spelen financiële drempels een rol. Hierdoor kunnen goede preventieprogramma's onbetaalbaar blijken voor de risicogroepen, waardoor de doelstelling niet wordt bereikt.

In de studie zijn infectieziektenbestrijding en collectieve preventie voor ouderen uitgewerkt als voorbeelden voor de gehele BaGZ. Nagegaan is of de scenario's ook toepasbaar zijn op andere terreinen. Op terreinen zoals de jeugdgezondheidszorg, periodiek geneeskundig en verpleegkundig onderzoek, medische milieukunde, sportgezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsvoorlichting en opvoeding en bevolkingsonderzoek, bestaan voldoende overeenkomsten met de voorbeelden om te concluderen dat de scenario's toepasbaar zijn voor de BaGZ als geheel.

CONCLUSIES

In de scenariostudie is ernaar gestreefd om de discussie over de toekomstige organisatie van de basisgezondheidszorg te stimuleren door het presenteren van prikkelende, contrasterende toekomstbeelden. In de keuze van de contrasten waarop de scenario's zijn gebaseerd schuilt een speculatief element. Als aanzet voor een discussie is dat overigens niet bezwaarlijk.

De studie over de toekomst roept vanzelfsprekend vragen op over de huidige basisgezondheidszorg. Deze hebben betrekking op de gedecentraliseerde organisatie van de basisgezondheidszorg en op mogelijkheden tot invoering van marktmechanismen. Zij sluiten aan bij actuele discussies over deregulering, privatisering van overheidstaken en decentralisatie van bestuur.

In de ontwikkeling van de basisgezondheidszorg in de laatste decennia heeft de vorming van basisgezondheidsdiensten (GGD'en) centraal gestaan. Een sluitstuk is de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, waarin de verantwoordelijkheid van het gemeentebestuur voor de basisgezondheidszorg is vastgelegd. De in deze studie

gevolgde redenering leidt tot de vraag, of de huidige wetgeving voldoende rekening houdt met de beperkingen om op gemeentelijk niveau, kwalitatief verantwoord en doelmatig de taak van de epidemiologische informatievoorziening en evaluatie van preventie uit te kunnen voeren. Wel schept deze wet gunstige voorwaarden voor de uitvoering van preventieprogramma's.

In discussies over de toekomstige financiering van de gezondheidszorg en de introductie van marktelementen hierin, wordt betoogd dat de sector van de collectieve preventie zich hiervoor niet goed zou lenen (Lapré 1986, Schut & Lapré 1988). Blijkens de Memorie van Toelichting op de WCPV (Ministerie van WVC 1990b) wordt deze sector vooralsnog buiten de beschouwing over introductie van het marktmechanisme in de gezondheidszorg gelaten. In de scenariostudie is beredeneerd dat bij collectieve preventie voor ouderen en vergelijkbare terreinen, wel mogelijkheden bestaan om in de basisgezondheidszorg marktmechanismen te introduceren. Wellicht zullen de bestaande commerciële activiteiten uitgebreid worden. Voor het marktscenario geldt echter nadrukkelijk dat deze ontwikkeling nadelige gevolgen zal hebben voor minder draagkrachtige risicogroepen in de bevolking, waardoor sociaal-economische gezondheidsverschillen worden vergroot. De aanvaardbaarheid van deze consequenties is een politieke vraag die niet met scenariostudies te beantwoorden is.

Tenslotte, een scenariostudie levert bouwstenen voor een discussie. Het woord is nu aan beleidmakers en het veld.

NOOT

Het onderzoek werd begeleid door een daartoe benoemde scenariocommissie onder voorzitterschap van prof. drs. E.W. Roscam Abbing.

ABSTRACT

The organization of public health in the future

A scenario study on the future of public health in the Netherlands was recently completed. The core issue is the organization of public prevention programmes, which includes the development and execution of prevention programmes. In this paper the major results are presented. In the Netherlands the organization of public health is mainly affected by national health policy. Therefore contrasting scenarios were developed on present tendencies in government policy: a public health may be either a government task or being carried out under competitive market conditions; b public health may be organized and administered centrally or decentrally. Three scenarios were worked out: a local and a national government scenario and a competitive market scenario. These were illustrated with practical examples taken from the functions of epidemiological monitoring of infectious diseases and from developing prevention programmes for the elderly. The examples can be applied to other fields in public health. The conclusion is that the local scenario will create unfavourable conditions for the epidemiological functions. This scenario, however, may have a positive influence on the practical execution of programmes. In

contrast to what is commonly thought, few fundamental objections are found to introducing the market mechanism in specific areas of public health. Such a political choice, however, may have considerable disadvantages for low income and high risk groups in the population.

Keywords: public health, organization, future scenarios

LITERATUUR

- Davidse, W., M. Kastelein, G. van der Feltz & H.P.A. van de Water, Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: terreinverkenning. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO & Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Leiden/Rijswijk 1989a
- Davidse, W., M. Kastelein, G. van der Feltz & H.P.A. van de Water, Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: basisanalyse. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO & Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Leiden/Rijswijk 1989b
- Davidse, W., M. Kastelein & H.P.A. van de Water, Preventieve gezondheidszorg in de toekomst (Rapport Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Bohn Scheltema Van Loghum, Houten/Antwerpen 1991
- Houten, D.J. van, J.T.M. van der Linden & P.J. van Wijngaarden (red.), Handleiding voor het ontwerpen van scenario's. Vakgroep Planning en Beleid, Rijksuniversiteit Utrecht 1982
- Huisman, J., De strijd tegen besmettelijke ziekten: nog steeds een uitdaging (Inaugurale rede). Erasmus Universiteit Rotterdam 1988
- Lapré, R.M., Financiering van preventieve gezondheidszorg. T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 649-653

Leon, P. de., Scenario designs on overview: simulations and games 6 (1975) 1: 39-60

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Rijswijk 1990a (Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990)

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Memorie van toelichting bij de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Rijswijk 1990b (Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990)

Schut, F.T. & R.M. Lapré, Dilemma's bij financiering van preventieve gezondheidszorg. In: R.M. Lapré e.a. (red.), De economie van de preventieve gezondheidszorg. De Tijdstroom, Lochem/Gent 1988

Water, H.P.A. van de, Bouwen aan basisgezondheidszorg: over wetenschappelijke en organisatorische grondslagen van collectieve preventie. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO, Leiden 1989a

Water, H.P.A. van de, W. Davidse, G. van der Feltz & M. Kastelein, Toekomstscenario's Basisgezondheidszorg: keuze van onderwerpen. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO & Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Leiden/Rijswijk 1989b

CORRESPONDENTIEADRES

M. Kastelein, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO, Afdeling Volksgezondheid en Preventie, Postbus 124, 2300 AC Leiden, tel. 071-181181

Ontvangen 9 oktober 1991, geaccepteerd 26 februari 1992