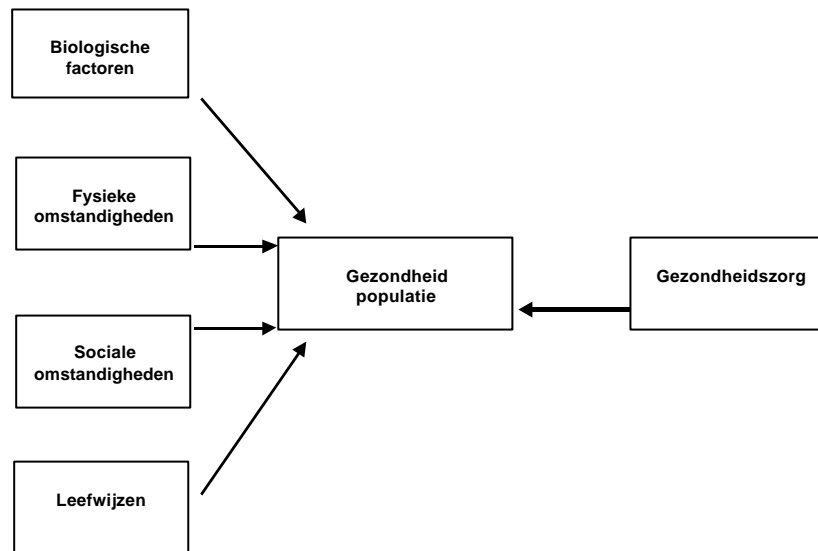

Hoofdstuk 1

Introductie

In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op de achtergrond van dit onderzoek (1.1). Vervolgens worden de zes hoofdvraagstukken die in de loop van dit onderzoek aan de orde komen kort toegelicht (1.2). Tot slot volgt dan nog een beknopte leeswijzer (1.3).

1.1 Achtergrond

Dit onderzoek richt zich op gezondheidsbeleid bij gemeenten in Nederland. Gezondheidsbeleid is beleid, dat erop gericht is de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking te handhaven of te verbeteren door middel van maatregelen die gericht zijn op de determinanten van gezondheid (Ministerie WVC 1986). Dergelijke beleidsvoornemens werden geëxpliciteerd in de Nota 2000. Deze Nota 2000 onderscheidt als determinanten biologische factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving, leefwijzen, en het gezondheidszorgstelsel. Uitgezonderd de biologische factoren zullen de andere determinanten van gezondheid verderop steeds terugkeren. Het gezondheidsmodel uit de Nota 2000 is hieronder weergegeven.



Figuur 1.1 Gezondheidsmodel uit de Nota 2000 (Ministerie WVC 1986)

Dit onderzoek richt zich ook op activiteiten die de gemeenten in Nederland ontplooiën, dan wel voornemens zijn om in kader van het gemeentelijke gezondheidsbeleid te ontplooiën. Met opzet is hier geabstraheerd van de activiteiten die GGD'en verrichten. Bij de start van dit onderzoek in 1996 was de vrij algemeen gedeelde mening dat gemeenten zeer weinig aan gezondheidsbeleid deden. Daarmee werd bedoeld de gemeente, zonder de activiteiten van de GGD. Naar de juistheid van deze stelling was nooit empirisch onderzoek gedaan, en dit onderzoek poogt in deze leemte te voorzien. Een uitgebreide inleiding in de stand der wetenschap met betrekking tot het onderhavige onderwerp wordt hier dan ook niet gegeven.

1.2 Vraagstellingen

Gezondheidsbeleid is een tamelijk nieuw verschijnsel op de landelijke politieke agenda (Ministerie WVC 1986; Ministerie WVC 1989; Ruwaard et al. 1993; Ministerie VWS 1995; RIVM 1997). Op de gemeentelijke politieke agenda is het thema nog recenter. Het begin kan gesitueerd worden rond de Healthy Cities beweging in Nederland in 1988 (De Leeuw 1991; Goumans 1998), terwijl daarna de opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid aan de gemeenten om vierjaarlijks een lokale gezondheidsbeleidsnota te vervaardigen het onderwerp min of meer structureel op de gemeentelijke agenda heeft geplaatst (Ministerie VWS 1997, 1-10).

Dit onderzoek is gecentreerd rond de vraag of gemeenten een gezondheidsbeleid voeren zoals bedoeld in de Nota 2000: een vanuit volksgezondheidsoptiek samenhangende benadering van diverse factoren. Aan deze algemene vraag zijn verschillende aspecten te onderkennen. Een aspect dat altijd relevant is bij gemeentelijk beleid is de vraag of de gemeente juridische ruimte heeft voor zulk beleid. Een gezondheidsbeleid zoals bedoeld in de Nota 2000 is een beleid waar alle determinanten van gezondheid als beïnvloedbare factoren worden gezien. Hier gaat het om de breedte van het beleid, de variëteit en de soort van maatregelen. Uiteraard bestaan hier verschillen tussen gemeenten en de vraag is wat bijdraagt aan die verschillen. Een ander aspect van een dergelijk beleid is de mate van onderlinge samenhang van dat beleid; ook hier bestaan verschillen.

1.2.1 De geschiedenis van het gezondheidsbeleid

Het is echter de vraag of gezondheidsbeleid wel een zodanig recent thema is als hierboven is gesuggereerd. Gezondheidsbeleid is inderdaad nog niet zo lang een thema dat zichtbaar op de agenda staat. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de vraag wat de geschiedenis van het gezondheidsbeleid is geweest. Is gezondheidsbeleid, en de mogelijkheid om dat uit te voeren wel zo recent als hierboven aangeduid? Er zal een beperking plaats vinden tot de hoofdzaken rond de vragen of eerdere gezondheidsconcepten ruimte lieten voor andere dan individueel-curatieve maatregelen, en of die andere, meer preventieve maatregelen ook plaats vonden.

Daar waar dat relevant is voor de hoofdvraagstelling - de situatie met betrekking tot het gezondheidsbeleid op het gemeentelijke niveau in Nederland - zal, voor zover mogelijk, een enigszins uitgebreidere beschrijving van de ontwikkeling worden gedaan. Het accent in dit hoofdstuk ligt op de periode vanaf 1970.

Deelvraagstelling:

Wat is de geschiedenis van het gezondheidsbeleid is geweest? Meer precies: was er binnen de gehanteerde gezondheidsconcepten vanaf de Griekse oudheid ruimte voor collectief-preventieve maatregelen?

1.2.2 De juridische speelruimte van een gemeente

Om gezondheidsbeleid te kunnen realiseren heeft een gemeente bevoegdheden in medebewind nodig. In hoofdstuk 4 staat centraal de vraag wat de juridische ruimte is voor een Nederlandse gemeente om gezondheidsbeleid te voeren. Het gaat hier dan met name om de vrijheid in medebewind; immers, waar het om het autonome deel van de bevoegdheden gaat is die ruimte per definitie aanwezig. Om enig zicht te krijgen op de juridische armslag die een gemeente heeft om een gezondheidsbeleid te voeren, is een analyse verricht van de regelgeving waarin aan gemeenten bevoegdheden worden toegekend dan wel taken worden opgedragen op terreinen die relevant zijn voor het gezondheidsbeleid. Daartoe is een onderzoek gedaan in een elektronische verzameling van de Nederlandse wetgeving met behulp van zoektermen. Deze zoektermen hebben enerzijds betrekking op de organen van de gemeente, zoals 'burgemeester' en 'gemeente*', en anderzijds op het te onderzoeken terrein, het gezondheidsbeleid. De volledige uitkomst is te vinden in bijlage 1.

Deelvraagstelling:

Wat is de juridische ruimte in medebewind voor een Nederlandse gemeente om een gezondheidsbeleid te voeren?

1.2.3 Hoeveelheid en type gezondheidsbeleidsmaatregelen

Na de inventarisatie van de regelgeving die relevant is voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid volgt daarna, in een later hoofdstuk wat gemeenten feitelijk doen, niet alleen op het terrein van het medebewind, maar ook op het autonome terrein. Hierboven is al ingegaan op de geringe empirische onderbouwing van de

stelling dat gemeenten zeer weinig aan gezondheidsbeleid doen. De daarbij horende vraag heeft betrekking op de omvang en inhoud van het gezondheidsbeleid bij gemeenten. Die zijn gemeten door bepaalde beleidsmaatregelen uit Collegeprogramma en Begroting te tellen; de hoeveelheid uitgaven aan bepaalde onderwerpen is niet als teleenheid genomen. Het op deze wijze verkregen antwoord is dan in eerste instantie getalsmatig: de ene gemeente heeft een beleid dat een omvang heeft van een bepaald aantal maatregelen; een andere gemeente een ander aantal. Het gezondheidsbeleid van gemeenten zal worden beschreven aan de hand van een aantal thema's.

Deelvraagstelling:

Wat zijn de verschillen in omvang en inhoud van het gezondheidsbeleid bij gemeenten a) in zijn totaliteit, b) naar beleidssectoren, c) naar het onderscheid Collegeprogramma – Begroting, d) naar het onderscheid medebewind - autonomie, e) naar frequentie per maatregel en f) naar politieke aandacht die de verschillende maatregelen krijgen.

1.2.4 Verschillen tussen gemeenten in de hoeveelheid maatregelen

Verwacht mag worden dat gemeenten zullen verschillen waar het gaat om de getalsmatige hoeveelheid gezondheidsbeleid per beleidsterrein. De verkregen uitkomsten uit de onder 1.2.3 verkregen beschrijving zullen waar het gaat om de autonome maatregelen per beleidsterrein onderworpen worden aan een analyse die ten doel heeft inzicht te verschaffen in de herkomst van de verschillen. Er zijn drie groepen variabelen die een relatie kunnen hebben met de hoeveelheid beleid die een gemeente produceert: achtergrondgegevens, politieke gegevens en de omvang van het betreffende probleem. De achtergrond van een gemeente is gekarakteriseerd door middel van het aantal inwoners, de bevolkingsdichtheid, en het inkomen. Als politieke variabelen zullen worden gebruikt de politieke kleur, de politieke stabiliteit en de politieke participatie. De keus van het probleem, tenslotte, is uiteraard afhankelijk van het specifieke beleidsterrein waarop de analyse betrekking heeft.

Deelvraagstelling:

In hoeverre hangt de omvang van het gezondheidsbeleid bij gemeenten samen met a) sociaal-demografische en sociaal-economische variabelen, b) politieke variabelen, en c) de omvang van maatschappelijke problemen?

1.2.5 De doelgerichtheid van beleid

De omvang van de doelgerichtheid van het beleid is het volgende onderwerp. Die omvang, en de verschillen daartussen bij gemeenten zijn kwantitatief van karakter. De ene gemeente heeft een beleid dat in getalsmatige zin een bepaald aantal intersectorale en sectorale doelen kent en koppelt de te treffen maatregelen aan doelen, althans beargumenteert ze; bij een andere gemeente ligt dit anders. Men kan zich met betrekking tot deze drie typen doelen – intersectoraal, sectoraal, en de mate waarin maatregelen aan een doel zijn gerelateerd - op het terrein van het gezondheidsbeleid nog andere zaken afvragen dan hoeveel dat er in totaliteit zijn. De mate van doelgerichtheid van het gezondheidsbeleid – in de zin van het percentage aan een doel gerelateerde beleidsmaatregelen - bij gemeenten zal worden beschreven aan de hand van een aantal thema's.

Deelvraagstelling:

Wat zijn de verschillen in de mate van doelgerichtheid van het gezondheidsbeleid bij gemeenten a) in zijn totaliteit, b) naar sectoren, c) naar het onderscheid Collegeprogramma – Begroting, d) naar frequentie per doel en e) naar politieke aandacht die de verschillende doelen krijgen?

1.2.6 Verschillen in de doelgerichtheid van de maatregelen

Op basis van de huidige literatuur wordt de mate van doelgerichtheid van het beleid onder andere bepaald door de mate van competitie tussen partijen, en door het opleidingsniveau van de kiezers. Kiezers met een hogere opleiding en inkomen, eisen een meer open openbaar bestuur voor zich op, wat uiteindelijk leidt tot een uitgebreidere onderbouwing van het beleid. Dat is ook het geval met een hogere mate van competitie tussen partijen. Hoe meer verdeeld een College, en hoe geringer de steun van het College in de Raad, hoe meer de collegepartijen hun best moeten doen om elkaar te overtuigen, cq het College zijn best moet doen om de Raad te overtuigen, en hoe uitgebreider de onderbouwing. Men moet wel nadenken

over een onderbouwing. De mate van opleiding zit indirect, via het inkomen, in de variabele die ook eerder al als achtergrondvariabele is gebruikt; behalve het inkomen maakten van die variabele ook deel uit het aantal inwoners en de bevolkingsdichtheid. Als politieke variabelen zullen worden gebruikt de politieke steun, en de politieke stabiliteit van het College. Voorts zal de invloed van de mate van politieke aandacht van een beleidsterrein worden bepaald.

Deelvraagstelling:

In hoeverre wordt de mate van doelgerichtheid van het gezondheidsbeleid bij gemeenten bepaald door a) sociaal-demografische en sociaal-economische, en b) politieke variabelen?

Het doel van dit onderzoek is er met name op gericht helder te krijgen op welke terreinen gemeenten in Nederland actief zijn waar het gaat om gezondheidsbeleid, alsmede het vinden van een verklaring voor de verschillen in activiteitsniveau tussen gemeenten. Naast dit wetenschappelijke belang van dit onderzoek is er een maatschappelijk belang. Dat belang is enerzijds in gelegen, dat gemeenten uiteindelijk een handzaam overzicht krijgen over mogelijk te gebruiken beleidsinstrumenten in het kader van een gezondheidsbeleid. Hiermee kan worden voorkomen dat iedere gemeente opnieuw lange tijd bezig is met het uitdenken van dergelijke maatregelen. Anderzijds is het van groot belang dat gemeenten inzien, dat ze alle dagen met gezondheidsbeleid bezig zijn. Om dat in te zien, is een blik over de sectorale schuttings van groot belang.

1.3 Leeswijzer

Na dit korte inleidende hoofdstuk wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op de geschiedenis van het gezondheidsbeleid. In hoofdstuk 3 wordt stil gestaan bij de recente ontwikkelingen in het voor lokale overheden relevante gezondheidsbeleid. In het eropvolgende hoofdstuk 4 komt de een gemeente ter beschikking staande juridische ruimte die kan dienen om een gezondheidsbeleid te realiseren, aan de orde. In hoofdstuk 5 wordt een overzicht gegeven van de in de literatuur onderscheiden structurele determinanten van beleid en worden vraagstellingen

geformuleerd. In hoofdstuk 6 wordt in gegaan in op de onderzoeksopzet, het gebruikte instrument, de verdere operationalisatie van variabelen, alsmede op de respons van de gemeenten en betrouwbaarheid van het materiaal. In hoofdstuk 7 worden de beleidsmaatregelen van gemeenten op twaalf beleidsterreinen beschreven; in hoofdstuk 8 vindt een analyse van de verschillen in de aantallen beleidsmaatregelen plaats en worden uitgesproken verwachtingen ten aanzien van de bijdrage van achtergrond, politiek en probleem aan de verschillen tussen gemeenten in activiteitsniveau per beleidsterrein op hun houdbaarheid getoetst. Op de mate van doelgerichtheid van het beleid wordt in hoofdstuk 9 ingegaan; in hoofdstuk 10 vindt een analyse van het percentage aan een doel gerelateerde maatregelen plaats en worden verwachtingen ten aanzien van de bijdrage van achtergrond en politiek aan de verschillen tussen gemeenten in de doelgerichtheid van het beleid per beleidsterrein op hun houdbaarheid getoetst. In hoofdstuk 11 worden conclusies getrokken en werkwijze en uitkomsten bediscussieerd.